

**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica  
Relatório de Estágio**

**Promover a regulação emocional e o empoderamento  
da pessoa com doença mental**

**Sandra Cristina Tavares de Freitas**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica  
Relatório de Estágio**

**Promover a regulação emocional e o empoderamento  
da pessoa com doença mental**

**Sandra Cristina Tavares de Freitas**



Orientadora: Professora Doutora Francisca Roberto Manso



**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão à Professora Francisca Manso, minha orientadora académica, por todo o seu apoio, críticas construtivas, por ter acreditado em mim e ter-me feito acreditar também nas minhas capacidades, desafiando-me e dando-me a mão quando mais precisava.

Aos enfermeiros orientadores o meu agradecimento pela partilha de conhecimentos, pelo apoio ao trabalho que estava a desenvolver, por me incentivarem a desenvolver novas competências, servindo como rede de apoio nesse desenvolvimento. Obrigada pelos momentos de reflexão sobre as situações que ocorriam, que me ajudaram a aumentar a minha autoconsciência.

Agradeço aos utentes, que voluntariamente participaram nas sessões planeadas, por terem partilhado os seus sentimentos, pensamentos e histórias comigo.

Aos meus colegas de trabalho pela compreensão e apoio durante todo o tempo do curso, obrigada. Em especial, ao meu eterno chefe de equipa, enfermeiro Simão, por me ter ajudado a pensar mais profundamente nos processos de saúde e doença mental e por ser um colega de equipa fantástico em tempos mentalmente mais tempestuosos.

À minha família e amigos um profundo obrigado. Apesar de não ter estado presente muitas vezes, sempre se preocuparam comigo, motivaram-me e fizeram-me acreditar em mim. Agradecer à minha irmã que, apesar de fisicamente longe, está sempre presente, dando-me coragem, amor incondicional e acreditando em mim com uma força tal que se torna impossível não acreditar também, por me ouvir nos piores momentos, fazer-me rir e por me ler os trabalhos, apesar de reclamar sempre que são demasiado longos.

Por último, agradeço ao meu Duarte, por ter entendido os meus silêncios, por me ter apoiado, por me ter ajudado a gerir os momentos de maior angústia, por me ter feito rir até me virem as lágrimas aos olhos, pelo seu amor e paciência e por partilhar comigo um futuro com dois cães incluídos.

*“Every person from your past lives as a shadow in your mind. Good or bad, they all helped you write the story of your life, and shaped the person you are today”*

Doe Zantamata (n.d.)

## RESUMO

**Contexto:** Este documento, intitulado “Promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental”, tem como objetivo descrever o percurso de estágio. Este foi realizado na região de Lisboa no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A capacidade para regular as emoções é um fator preponderante para a manutenção da saúde mental. A auto capacitação envolve a ação e a reflexão transformacionais, componentes essenciais do empoderamento e da regulação emocional. Vários estudos sustentam que o déficit na regulação das emoções e o fraco empoderamento são fatores relevantes no desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia.

**Método:** Foi utilizada a metodologia de projeto. Utilizaram-se os instrumentos: entrevistas semi-estruturadas, notas de campo, indicadores NOC e um questionário sociodemográfico. Participaram no global 14 pessoas com experiência de doença mental em intervenções psico e socioterapêuticas, com recurso a mediadores expressivos.

**Resultados:** A análise dos relatos das sessões e a avaliação dos indicadores NOC sugerem um ligeiro aumento das competências e indicadores. O envolvimento, a participação do grupo, bem como a consciencialização sobre as emoções e o empoderamento aumentaram a implicação da pessoa no seu projeto terapêutico, com contributos no seu estado de saúde.

**Conclusão e Implicações para a Prática:** O estudo mostrou-nos a importância das intervenções de enfermagem, evidenciando um maior nível de capacitação, um funcionamento mais adequado e uma melhor integração na família e na comunidade. Os conceitos de regulação emocional e empoderamento representam áreas de crescimento, nestes últimos anos. A capacitação nestas áreas para os utilizadores dos serviços e cuidadores, através da formação e da supervisão, serão um contributo de desenvolvimento dos cuidados, com implicações para futuras intervenções e investigação em saúde mental e psiquiatria.

**Palavras Chave:** Regulação Emocional, Empoderamento, Doença mental, Intervenções de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Background:** This paper, named “Promoting emotional regulation and empowerment in a person with mental illness”, aims to describe an internship journey, accomplished in Lisbon metropolitan area, for the Masters in Nursing, specializing in Mental Health and Psychiatry Nursing.

The capability to regulate emotions is a pivotal factor to maintain mental health. This involves transformational practice and reflexion, essential components for empowerment and emotional regulation. Several studies support that the deficit in regulating emotions and lack of empowerment are relevant factors in the development of psychopathologies.

**Method:** It was used the project methodology and the following instruments applied: semi-structured interviews, field notes, NOC indicators and a social-demographic questionnaire. A total of 14 people with experience of mental illness participated in psycho and socio-therapeutic interventions using expressive mediators.

**Results:** The analysis of the reports of the sessions and the evaluation of the NOC indicators suggest a slight increase in skills and indicators. The involvement, group participation, as well as the awareness of emotions and empowerment increased the person's involvement in their therapeutic project, with contributions to their health status.

**Conclusion and Implications for Practice:** This study exposed the importance of nursing interventions, displaying a higher level of capacity building, a more adequate functioning, and a better integration in the family and the community. The concepts of emotional regulation and empowerment represent areas of growth in recent years. Training in these areas for service users and caregivers, through teaching and supervision, will contribute to the development of care provided, with implications for future interventions and research in mental health and psychiatry.

**Keywords:** Emotional Regulation, Empowerment, Mental Disease, Nursing Interventions.

## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

**APA** – American Psychological Association

**AN** – Anorexia Nervosa

**CE** – Competência Emocional

**CIPE** – Classificação Internacional para a prática de enfermagem

**DCA** - Doença do Comportamento Alimentar

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**DSM** - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

**EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**GNR** – Guarda Nacional Republicana

**ICN** – International Council of Nurses

**NANDA** – North American Nursing Diagnosis Association

**NIC** – Nursing Interventions Classification

**NOC** – Nursing Outcomes Classification

**OE** – Ordem dos enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**Sic** – Segundo informação colhida

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
1.1. Do conceito de emoção à regulação emocional.....	12
1.2. Da regulação emocional ao empoderamento da pessoa com experiência de doença mental .....	18
1.3. A literacia em saúde mental e psiquiatria.....	20
1.4. Intervenções de Enfermagem como suporte da praxis de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria .....	22
<b>II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>26</b>
2.1. Delimitação da Problemática.....	26
2.2. Objetivo geral e específicos .....	27
2.3. Critérios de elegibilidade e obstáculos previsíveis .....	27
2.4. Caracterização dos participantes .....	28
2.5. Estratégias e procedimentos.....	28
2.6. Instrumentos.....	29
<b>III. PERCURSO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO .....</b>	<b>30</b>
3.1. Caracterização do contexto comunitário .....	30
3.1.1. Plano de intervenção em contexto comunitário .....	32
3.1.2. Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores NOC em contexto comunitário .....	40
3.2. Caracterização do contexto de internamento de psiquiatria.....	43
3.2.1. Plano de intervenção em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria.....	45
3.2.2. Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores de resultado NOC em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria .....	49
<b>IV. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA..</b>	<b>52</b>
<b>V. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....</b>	<b>57</b>
<b>VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>58</b>



REFERÊNCIAS.....	61
------------------	----

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO**

### **APÊNDICE 2 – PLANOS DE SESSÃO DO CONTEXTO COMUNITÁRIO: HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

### **APÊNDICE 3 – PLANOS DE SESSÃO DO CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA**

### **APÊNDICE 4 – GRELHA DE AVALIAÇÃO NOC**

### **APÊNDICE 5 – ESTUDO DE CASO**

### **APÊNDICE 6 – JORNAL DE APRENDIZAGEM**

### **APÊNDICE 7 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC POR UTENTE – CONTEXTO COMUNITÁRIO**

### **APÊNDICE 8 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC POR UTENTE – CONTEXTO INTERNAMENTO HOSPITALAR**

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 – ILUSTRAÇÕES UTENTES (contexto comunitário – Hospital de dia)**

### **ANEXO 2 – ILUSTRAÇÕES UTENTES (contexto internamento hospitalar)**

### **ANEXO 3 – COMPROVATIVO FORMAÇÃO II Mostra de Psicoterapias**

### **ANEXO 4 – COMPROVATIVO FORMAÇÃO Projeto + Contigo**

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 3º semestre, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi desenvolvido um estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que decorreu entre 23 de setembro de 2019 e 5 de fevereiro de 2020, em dois contextos diferentes: contexto comunitário, num hospital de dia, e contexto de internamento psiquiátrico, num serviço de internamento de psiquiatria, na área de Lisboa.

Este relatório pretende descrever o percurso e o projeto implementado ao longo do estágio e destina-se à apresentação e discussão de provas públicas para obtenção do grau de mestre. A finalidade deste estágio foi adquirir competências de Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) que permitissem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com experiência de doença mental.

Ao longo da minha carreira profissional pude observar que a situação de doença física e mental leva a pessoa a estados de grande sofrimento, que podem ser difíceis de gerir. Denotei que as pessoas que tinham uma maior capacidade de autorregulação ou gestão das suas emoções conseguiam adaptar-se melhor a novas situações e desafios e, conseqüentemente, conseguiam gerir melhor a sua vida e fazer escolhas mais conscientes. Tendo isso em conta, desenvolvi o projeto através de intervenções de enfermagem promotoras da regulação emocional e empoderamento da pessoa com doença mental. O objetivo geral do projeto implementado no estágio foi promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental, através de intervenções psico e socioterapêuticas com recurso a mediadores expressivos

A autorregulação ou a gestão de emoções é a capacidade de controlar ou redirecionar os impulsos e estados de ânimo; é uma competência emocional baseada na autoconsciência (Goleman *et al*, 2019).

O empowerment ou empoderamento é um conceito complexo e multidimensional, que engloba a pessoa na relação consigo e com o seu meio ambiente, com ênfase na afirmação, domínio e controlo individual (Cabete, 2011), ou seja, o indivíduo adquire o "poder de agir", envolvendo-se no seu processo de saúde e cidadania que lhe permite simultaneamente maior autonomia. Este processo, transacional e dinâmico,

exige uma capacitação da pessoa com doença mental e uma mudança com implicação dos cuidadores e das pessoas cuidadas.

A pessoa com doença mental tem, usualmente, muita dificuldade em encontrar estratégias adaptativas que lhes permitam gerir as suas emoções e reparar estados de humor negativos no seu quotidiano (Baudry *et al*, 2018).

Considero que este estágio me preparou para um nível proficiente, de acordo com Patrícia Benner (2009), onde mobilizei e aprofundei alguns saberes em contexto, por vezes em situações complexas, não familiares, tomando decisões com base na evidência, nos saberes teóricos, alterando por vezes o plano de ação de acordo com a apreciação clínica. Neste contexto, foram planeadas e avaliadas intervenções e experiências de forma reflexiva e holística, apoiada na teoria dos sistemas de Betty Neuman, com a identificação dos vários tipos de stressores da pessoa beneficiária de cuidados e da família. Considero que poderei atingir o nível de expert (perito) através das experiências profissionais, do autoconhecimento, bem como da compreensão intuitiva e do desempenho que preconizo seja altamente eficaz.

Este relatório está dividido em 7 partes, iniciando-se com a presente introdução, seguindo-se o enquadramento conceptual, que dá suporte não só às intervenções de enfermagem, como às competências preconizadas pela O.E. e Plano de Estudos da ESEL, os conceitos básicos implícitos neste projeto e a orientação nos cuidados. No enquadramento metodológico são explicitadas as estratégias delineadas para a implementação do projeto. Em seguida, no Percurso e implementação do projeto de estágio é efetuada uma caracterização sumária de ambos os contextos de estágio, apresentado o plano de intervenção e efetuada a análise dos resultados e análise de cariz reflexivo sobre o desenvolvimento das competências que refletem o percurso e a aprendizagem, nos dois contextos, os resultados e as vivências demonstradas pelos utentes, que me permitiram também uma evolução pessoal e profissional. Segue-se a análise do desenvolvimento das competências de EEESMP, onde se efetua uma explanação de como foi desenvolvida cada uma das competências durante o estágio. O presente trabalho termina com a conclusão e sugestões para o futuro, bem como com a avaliação de todo o percurso formativo e os problemas éticos e limitações do trabalho.

## **I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1. Do conceito de emoção à regulação emocional**

Na edificação do enquadramento conceptual e metodológico foi efetuada uma pesquisa documental eletrónica e em suporte de papel, proveniente de diversas fontes, pretendendo fundamentar a questão de partida: Que intervenções pode o EEESMP efetuar para promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental?

Na revisão integrativa da literatura foram utilizadas as bases de dados CINAHL, MEDLINE e PsycInfo, revistas científicas: Elsevier e Cochrane, websites governamentais e literatura cinzenta (livros, teses de mestrado e doutoramento). Foram aplicados os seguintes operadores booleanos: emotional intelligence or emotional competence or emotions; mental health; psychiatric patient and emotions; empowerment and nursing interventions. Obtive um total de 91 artigos, com leitura integral de 13 artigos. Os artigos encontrados foram sujeitos a critérios de seleção a fim de aferir a sua qualidade, repetição, aplicabilidade e a sua relevância face ao tema escolhido. Os artigos científicos foram temporalmente limitados entre 2009 e 2020. Todos os artigos das bases de dados selecionados estavam publicados em língua inglesa e apresentavam metodologia científica. Os estudos revistos evidenciam a importância do apoio emocional e da literacia em saúde mental na promoção de ferramentas que levem à diminuição do stress, ao desenvolvimento de capacidades da inteligência emocional, nomeadamente a autorregulação emocional, o aumento da autoestima, da autonomia, no empoderamento da pessoa com experiência de doença mental.

Atualmente sabemos que a saúde mental é indissociável da saúde em geral, e que ambas estão ligadas ao bem-estar. Os conceitos de saúde e saúde mental evoluíram e, em 2005, a OMS reformula e descreve a saúde mental como: *"o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere"* (Livro Verde da Saúde Mental: p.4). Uma pessoa com boa saúde mental possui um conjunto de habilidades e resiliência que lhe permitem gerir de forma mais eficaz os *stressores* anormais e potencialmente destrutivos (Fusar-Poli *et al*, 2020).

Colocando como pano de fundo a saúde mental, e em muitos momentos a falta dela, não poderíamos deixar de relacionar a importância da dimensão emocional da pessoa na interação consigo e com os outros, no seu processo de desenvolvimento pessoal, social e profissional. Destacamos alguns conceitos ligados à emoção, às competências da inteligência emocional, nomeadamente a autorregulação e o empoderamento, na abrangência complexa de vida.

Quando abordamos a dimensão emocional, como parte integrante da homeostasia, é essencial focar o que a pessoa sente na interação com os diversos sistemas de vida. Os anos 90 foram marcantes no desenvolvimento de conceitos e trabalhos na área da inteligência emocional. Gardner (1998), nos finais dos anos 80, e uma equipa de investigadores da Universidade de Harvard deram um bom contributo para questionar a tradicional visão de inteligência, uma visão que enfatizava essencialmente as habilidades lógico-matemáticas, que segundo o autor era redutora da grande variedade de capacidades cognitivas humanas. O seu contributo com a Teoria das Inteligências Múltiplas (a noção de inteligências humanas), parte do pressuposto que a vida humana solicita o desenvolvimento de vários tipos de inteligências. Gardner sustenta que as inteligências não são objetos que possam ser quantificadas, mas sim, potenciais que poderão ser ou não ativados (Manso, 2009).

Na abordagem ao conceito de Inteligência Emocional, Salovey & Mayer (1990), defendem que este é sustentado por um conjunto de capacidades que pode variar em título ou número, integrando um sistema complexo em que todas as partes têm o seu papel. Goleman (2012), no livro de inteligência emocional que se tornou bestseller, refere que *“a nossa competência emocional mostra até que ponto traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais”* (p.33). O autor usa a expressão de competência emocional, incluindo nela tanto as competências pessoais como as sociais (Manso, 2009).

As emoções fazem parte integrante da regulação a que chamamos “homeostasia”, essencial na interação da pessoa com os diversos sistemas de vida. Goleman (2012) descreve a emoção como um estado provocado por um acontecimento vivenciado pela pessoa, incluindo, normalmente, um estado mental consciente e dirigido a um objeto.

Damásio (2017) classifica as emoções como primárias, secundárias e de fundo. Dentro das emoções primárias temos a alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa e aversão. Das emoções secundárias ou sociais fazem parte a vergonha, o ciúme, a

culpa, o orgulho, simpatia, compaixão, embaraço, inveja, indignação, gratidão, espanto, desprezo e admiração. São exemplos de emoções de fundo: o bem-estar ou mal-estar, calma, tensão, esperança, fadiga – estas são habitualmente induzidas por mecanismos internos, sendo o seu alvo mais interno do que externo e, apesar de não serem muito proeminentes, mantêm-se durante longos períodos (Damásio, 2012, 2017). É possível diferenciar as emoções em negativas ou positivas. As emoções positivas relacionam-se com experiências agradáveis (alegria, felicidade, ...), potenciando o desenvolvimento de recursos cognitivo-emocionais, aumentando a capacidade de resolução de problemas da pessoa, levando isso a maiores níveis de bem-estar psicológico, otimismo, capacidade de gestão de doenças e processo de recuperação. Por outro lado, as emoções negativas estão associadas as experiências emocionais desagradáveis (ansiedade, raiva, ...) que, apesar de terem um papel preponderante para a mudança e adaptação, quando mantidas ao longo do tempo influenciam negativamente a saúde (Fragoso & Chaves, 2012).

O efeito das emoções positivas, não negando a importância das emoções negativas, pode levar ao aumento dos recursos pessoais, sociais, físicos e intelectuais da pessoa, o que potencia o aumento do bem-estar geral, competências pessoais e resiliência, que permitem que a pessoa consiga um maior controlo sobre a sua saúde (Fusar-Poli *et al*, 2020). Assim, de acordo com os mesmos autores, a boa saúde mental pode ser desenvolvida através da modulação do conhecimento e da consciência das emoções e melhoria da regulação e expressão emocional.

Werner & Gross (2010) referem que a emoção é formada por 5 componentes: (1) fator desencadeante ou antecedente situacional - a emoção é iniciada perante uma situação, interna ou externa, psicologicamente relevante para a pessoa; (2) atenção - a pessoa tem de identificar a emoção que é despoletada (3) avaliação - após as primeiras duas etapas, a pessoa avalia a situação tendo em conta as implicações que a mesma tem sobre os seus objetivos atuais (valores, meio cultural, normas da sociedade, estágio de desenvolvimento mental, personalidade, fatores situacionais); (4) resposta emocional multifacetada - comumente conhecido como sentimento. No entanto, segundo Damásio (2017), o sentimento é diferente da emoção, é a forma cognitiva como a pessoa pensa e exprime a emoção; (5) maleabilidade - capacidade da pessoa para alterar o curso da resposta emocional.

A competência emocional (CE) aumenta a capacidade individual para direccionar ações para resultados construtivos e eficazes, minimizando

comportamentos destrutivos através de melhores tomadas de decisão e maximizando a aplicação positiva dos sentimentos (Flower *et al*, 2014). Todas as pessoas têm diferentes formas de identificar, expressar, entender, regular e utilizar as suas emoções e as dos outros. As pessoas com elevada CE são capazes de identificar as suas emoções, bem como as dos outros, entender as causas e consequências dessas emoções, expressá-las de formas socialmente aceites, regulá-las, quando as suas respostas emocionais não são apropriadas ao contexto ou aos seus objetivos, e usá-las para melhorar os seus pensamentos e ações. Por outro lado, pessoas com baixa CE apresentam muita dificuldade em entender a informação contida nas emoções, sentindo-se frequentemente sobrecarregadas por elas (Mikolajczak *et al*, 2015).

Baudry *et al* (2018) e Mikolajczak *et al* (2015) distinguem três níveis de CE: (1) Conhecimento - o que a pessoa sabe sobre as suas emoções; forma como a pessoa é capaz, ou não, de gerir, entender e expressar as suas emoções; (2) Habilidade - forma como a pessoa é capaz de utilizar o conhecimento em situações emocionais. O foco não é no conhecimento, mas sim no que é capaz de fazer (ex. conseguir controlar os gritos numa discussão); (3) Traços – comportamento habitual perante uma situação emocional.

Goleman (2000) refere que pessoas com CE possuem habilidades que lhes permitem integrar as suas emoções e cognições, utilizando as emoções positivas para resolver conflitos e processar informações. Para o autor, a inteligência emocional, no primeiro modelo, é abordada em 5 competências: autoconsciência, gestão emocional (autorregulação), auto motivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo. As três primeiras competências referem-se a competências intrapessoais, sendo indicativas da forma como a pessoa faz a sua autogestão, ao passo que as duas últimas são competências interpessoais, determinando a capacidade de gerir as relações com os outros. A autorregulação tem como finalidade proporcionar o auto encontro, buscando o aprimoramento constante de si como pessoa, através do autodomínio dos estados internos, do controlo dos impulsos e emoções, de maneira a pensar antes de agir, com o intuito de melhor gerir os contextos em que se insere (Manso, 2009).

Assim, a pessoa capaz de regular as suas emoções tem um conjunto de competências que lhe permitem responder, de forma mais adequada, aos stressores, evitando a ruminação, conseguindo ter uma perceção emocional imediata e partilhando as suas emoções (especialmente as traumáticas), e construindo uma rede

social de apoio, sendo capaz de utilizar os recursos que advém dela. A pessoa que consegue identificar e colocar em prática estas competências tem maior propensão para alcançar os seus objetivos.

A inteligência emocional é, então, definida como a capacidade para identificar não só os próprios sentimentos como também os dos outros, para nos motivarmos continuamente e para autorregularmos as emoções e as relações que estabelecemos com os outros (Goleman, 2012).

A dificuldade na regulação efetiva das emoções é característica de muitos distúrbios psiquiátricos (Baudry *et al*, 2018; Arndt & Fujiwara, 2014; Werner & Gross, 2010).

De acordo com Martskvishvil & Mestvirishvili (2014), um dos critérios gerais para as doenças mentais são as deficiências significativas no *self* (identidade), com dificuldades na autorregulação e nas relações interpessoais (a nível da empatia ou intimidade), ocorrendo isso pela incapacidade para entender ou gerir emoções, por um padrão generalizado de instabilidade na regulação emocional, do humor e do controlo de impulsos. Segundo Antoñanzas (2017) e Martskvishvil & Mestvirishvili (2014) a componente mais afetada na inteligência emocional, em pessoas com doença mental, é a expressão emocional.

A regulação emocional inclui a capacidade para entender e gerir as emoções experienciadas, aceitar falar sobre as mesmas e identificar estratégias que tenham a capacidade para modelar a intensidade que a emoção exerce sobre si e sobre os outros (Van Eck, Warren & Flory, 2017). A regulação emocional desadaptada ocorre quando a pessoa não consegue alterar a resposta emocional como pretende ou quando os custos a longo prazo (diminuição da capacidade de trabalho e social, vitalidade, etc.) são maiores que os benefícios a curto prazo (diminuição imediata da ansiedade, sensação de alívio, etc.). A regulação emocional adaptada pressupõe que a pessoa consiga passar por 4 fases (parar/refletir, identificar, decidir e agir), sendo expectável, neste caso, que perante uma situação que desencadeie uma emoção a pessoa consiga parar para identificar/avaliar a situação, assinalar a forma como a situação teve impacto sobre si, decida quão controlável a situação é e, então, atue de acordo com os seus objetivos (Werner & Gross, 2010).

Pessoas com uma capacidade limitada para regular as suas emoções podem experienciar maiores níveis de sofrimento emocional, sentindo-se muitas vezes incapazes de lidar com situações stressantes, levando-as a recorrer a mecanismos



desadaptados para escapar a esse sofrimento tais como evitamento, ruminação e supressão emocional (Werner & Gross, 2010). Por outro lado, pessoas com maior capacidade para expressar as suas experiências afetivas conseguem controlar e lidar melhor com as suas emoções (Antoñanzas, 2017).

Ramos, Extremera & Berrocal (2007), referem que muitos trabalhos de investigação têm apontado para a ligação entre a inteligência emocional e a capacidade de Coping, sendo que, pessoas com maior capacidade na identificação e regulação das suas emoções apresentam respostas emocionais menos negativas perante os stressores, conseguindo adaptar-se melhor às diferentes situações.

Neste contexto, o conceito do *coping* surge como uma resposta primária às emoções, principalmente as negativas (Salovey *et al*, 1999). O *coping* pode ser definido como a constante mudança, comportamental ou cognitiva, que permite a gestão de situações específicas, internas ou externas (Lazarus & Folkman, 1984) é “o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas criadas a um indivíduo por situações stressantes” (Sequeira, 2006, p.100). Alguns autores referem que as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois objetivos diferentes: num deles o cerne está na resolução do problema e o outro mais centrado no controlo das emoções. O coping centrado no problema envolve a avaliação dos estados emocionais e os esforços para resolver o problema identificado, que provoca stress. Passa pela ação direta sobre o stressor, ou seja, a pessoa avalia que tem capacidade para alterar algo no seu ambiente e inicia ações nesse sentido (Mitchell, 2004). O coping focado nas emoções surge sobretudo quando o stressor atinge uma grande intensidade, tornando-se difícil de tolerar, desorganizando as atividades da pessoa e interferindo com o seu bem-estar (Vaz Serra, 1988). Outros autores destacam as estratégias para lidar com o stress focados na interação social. Esta diz respeito à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress.

O stress negativo (distress) surge quando a pessoa considera que as suas capacidades esgotam ou excedem os seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984). O eustress envolve coping positivo, em que a pessoa habitualmente controla a situação. O coping é influenciado pela saúde, crenças na capacidade individual para responder a problemas, nível de empenho, aptidões sociais, recursos materiais e rede de apoio social (OE, 2011).

Salovey *et al* (1999), afirma que as estratégias de *coping* estão ligadas a três processos: ruminação, suporte social e partilha de emoções, estando estes três processos interligados. Outros autores destacam diferentes estratégias para lidar com o stress como o pensamento positivo, distração, o relaxamento, evitamento e minimização e racionalização, entre outras.

## **1.2. Da regulação emocional ao empoderamento da pessoa com experiência de doença mental**

A regulação emocional foi definida por Goleman em 1995, a que chamou posteriormente autorregulação (1999). Esta capacidade emerge da autoconsciência: primeira competência e determinante para as restantes capacidades. A capacidade para alterar a forma como experienciamos e exprimimos as emoções é um fator preponderante para uma boa saúde mental.

E qual a relação entre a regulação emocional e o empoderamento? O constructo de empoderamento para Miguel, Ornelas & Maroco (2015) está relacionado com três componentes: autocontrolo (componente intrapessoal), consciência crítica do ambiente sociopolítico (componente interacional) e envolvimento na comunidade (componente comportamental). Na mesma linha Cabete (2011) e Sak, Rothenflush e Schulz (2017), defendem que o empoderamento está assente em princípios fundamentais: conhecimento e aceitação voluntária, em que a pessoa tem de conhecer os seus direitos, alternativas existentes e os principais factos e possíveis riscos associados antes de fazer uma escolha, podendo decidir de livre vontade, sem qualquer tipo de pressão ou coação. Assim, pressupõe sentimentos individuais de poder, controlo e autoestima, fazendo com que a pessoa valorize mais a sua autonomia e, assim, se interesse mais em envolver-se nas decisões sobre a sua saúde e o seu projeto de vida.

O empoderamento é um modelo de capacitação que implica uma nova filosofia de cuidados em Saúde Mental. O empoderamento necessita de 4 condições para efetivamente acontecer, que são a autonomia, autoconhecimento, autoconceito positivo e independência (Meddaugh e Peterson (1997) cit. Cabete, 2011).

Neste sentido, o enfermeiro de saúde mental, ao trabalhar com a pessoa com doença mental os mecanismos de regulação emocional, o seu autoconceito e autoestima, está a promover a autonomia e um maior sentido de empoderamento.

Este trabalho emocional envolve Intervenções que visem o aumento de confiança e de capacidades para a gestão da própria vida e melhoria da autoimagem, desvinculando-se da imagem negativa de “doença mental” tão estigmatizada, associada à desesperança, fraqueza e falta de empoderamento (Chamberlin, 1997, cit. Fernandes, 2015).

Para Halvorsen *et al* (2020), empoderamento envolve mudança e reflexão pessoal, o que irá condicionar o aumento do autoconhecimento e a autoconsciência. A tomada de consciência sobre si é um processo fulcral no processo de empoderamento, sendo através disso que a pessoa consegue refletir sobre a situação e os aspetos que quer mudar. Para os autores, os ganhos que as pessoas obtêm com o empoderamento refletem-se na melhoria da qualidade de vida, estando isso relacionado com o autoconceito positivo, aumento da autoestima, sentido de identidade, segurança e força interna para agir. Envolve ainda o autodesenvolvimento e autoeficácia, aumento da compreensão pessoal, esperança no futuro, crescimento e satisfação pessoal e capacidade de compromisso (Halvorsen *et al*, 2020; Ntshingila *et al*, 2016).

De acordo com Cabete (2011), citando Faulker (2001), este é um conceito difícil de definir uma vez que este pode ter diferentes significados para diferentes pessoas sendo, normalmente, mais fácil de entender na sua ausência.

Por tudo isto, interrogamo-nos quais os ganhos com o empoderamento na pessoa com doença mental? A doença mental, pelas suas características e evolução, afeta cronicamente a funcionalidade da pessoa, com repercussões a nível pessoal e interpessoal (familiares e outros) (ICN, 2017) traduzindo-se em sofrimento para o próprio e para os que o rodeiam (Palha, 2016).

A pessoa com doença mental grave, por inerência dos sintomas residuais e do regime medicamentoso, sente inibição na procura de ajuda, dificuldade de se adaptar aos horários laborais, tem dificuldade no acesso a emprego e por vezes tem um fraco suporte social. Sente, diversas vezes, o estigma por parte da família, comunidade e até junto dos profissionais de saúde. O estigma produz um ciclo de discriminação e exclusão social, sentimentos que diminuem a autoestima (Oliveira e Azevedo, 2014).

Pelo acima citado, sabemos que há muitos benefícios que podem estar ligados ao empoderamento, como o aumento da autoconfiança e melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença mental. Guerra, Lima & Torres (2013) referem que o impacto do empoderamento é tanto que, mesmo perante o estigma público, a pessoa

consegue sentir-se mais confiante e capacitada, revelando atitudes mais positivas sobre si mesma.

Na evolução da doença mental existe uma diversidade de fatores protetores e de risco que devem ser tidos em conta por parte do profissional de saúde. Nos fatores protetores incluem-se as estratégias para lidar com o stress (Coping), competência para lidar com a adversidade (resiliência), a autonomia, a capacidade de adaptação, sentimento de controlo, autoestima, gestão do stress, crescimento socio-emocional, apoio familiar e da comunidade, entre outros. Nos fatores de risco surgem conceitos como a imaturidade emocional, desregulação emocional, incompetência social, solidão, eventos de vida stressantes, conflitos familiares, entre outros (OMS, 2004).

O enfermeiro de saúde mental, no seu agir profissional, enfrenta diversos desafios. Estes incluem envolver a pessoa no seu processo terapêutico através do aumento do empoderamento para promover os fatores protetores e, assim, promover diversas competências para que a pessoa possa adquirir um maior nível de literacia em saúde mental, apoio no desenvolvimento de estratégias de alívio do sofrimento, capacidade para lidar com os *stressores*, informação sobre a doença, sintomas, sinais prodrómicos, regime terapêutico, direitos, capacidade de adaptação e desenvolvimento de competências sociais (OE, 2018).

Neste processo de recuperação é imprescindível dotar a pessoa de ferramentas para conseguir um maior domínio das competências emocionais, nomeadamente a autorregulação das suas emoções. Neste trabalho, uma das funções inclui o desenvolvimento da autoconsciência, pedra basilar da inteligência emocional, que implica “*conhecer as suas próprias forças e fraquezas, motivações, valores e impacto nos outros*” (Goleman, 2019, p. 15) e outras competências pessoais e sociais como a regulação emocional que promove a gestão emocional, o aumento da autoestima e da autonomia. Por tudo o que foi exposto a literacia pode ter um papel no ganho destas competências.

### **1.3. A literacia em saúde mental e psiquiatria**

Iniciamos pela definição do conceito de literacia no domínio da saúde, segundo a DGS (2019), citando a OMS, que engloba um conjunto de “*competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde*” (p.6), implicando que a pessoa obtenha conhecimentos, competências e esteja motivada para ter acesso a

informações de saúde, as compreenda, avalie e aplique sobre as decisões que toma em relação aos “*cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida*” (p.6).

A literacia em saúde mental é uma intervenção que implica conhecimento e uma capacitação importante para o desenvolvimento de competências na área da informação e gestão da doença, gestão emocional, dos recursos internos e externos, e na capacidade de saber pedir ajuda da pessoa com doença mental e familiares. É afetada pelos determinantes de saúde e pelos tipos de intervenção utilizados na promoção da saúde, prevenção da doença e na manutenção e reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Jorm (2000) define literacia em saúde mental como o conjunto de conhecimentos e crenças sobre doenças mentais que podem ajudar no seu reconhecimento, gestão e prevenção. Esta, segundo o mesmo autor, é constituída por diversos componentes tais como: (1) Capacidade para reconhecer doenças mentais específicas e diferentes tipos de sofrimento psicológico; (2) Conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e causas de doença mental; (3) Conhecimento de intervenções de autoajuda; (4) Saber onde encontrar informação sobre saúde mental, qual a ajuda profissional disponível; (5) Atitudes que facilitam o reconhecimento de doenças mentais e a procura de ajuda.

Thompson, Issakidis, & Hunt (2008) referem, num estudo australiano, que as razões do atraso na procura de ajuda para ansiedade e distúrbios de humor, estava associado a um reconhecimento tardio pela pessoa que tinha um problema mental. Uma grande dificuldade é reconhecer que os sintomas que a pessoa está a vivenciar são uma indicação de uma doença mental, isto porque o primeiro surto surge com frequência na adolescência ou adulto jovem (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010).

O cuidar em EEESMP implica uma relação terapêutica, que é o pilar principal desses cuidados. No programa de literacia, o enfermeiro realiza a avaliação inicial de saúde, considera as potencialidades individuais da pessoa, para poder ajudá-la a identificar as suas necessidades e utilizar os seus recursos, as suas competências (encorajar e facilitar a expressão das emoções) para a promoção da sua saúde mental. Tendo em conta o projeto individual de saúde e as potencialidades individuais, a intervenção, quer interdependente quer autónoma, é efetuada com o cliente e com a família, envolvendo as pessoas significativas no cuidado, com o objetivo final de conseguir maximizar os ganhos em saúde.

Kotsu *et al* (2011) efetuaram um estudo com adultos e os resultados atestam que a competência emocional pode ser melhorada e que esta está relacionada com a diminuição dos níveis de stress e o aumento significativo da satisfação com a vida.

#### **1.4. Intervenções de Enfermagem como suporte da praxis de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria**

Na prática de cuidados deste projeto, o modelo sistémico de Betty Neuman deu suporte e enquadró as intervenções de enfermagem e o estudo de caso. O modelo de sistemas foi desenvolvido por Neuman em 1970 e teve como principais componentes a avaliação do stress (stressores) e a compreensão das reações do mesmo (George, 2010). Os stressores (intra, inter e extrapessoais), são definidos como forças que produzem tensão. Neste modelo, a pessoa é vista de forma holística, sistémica e em constante dinâmica e interação com o ambiente onde está inserida, tendo em conta as variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais, espirituais e do desenvolvimento (Neuman & Fawcett, 2010).

Neste sentido, os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente onde se insere, desenvolve e interage. A pessoa está sujeita a diversos fatores e a sua avaliação no sistema depende do contexto e vivências individuais. Para Neuman, a saúde é vista como um estado de bem-estar ideal num dado momento, estando constantemente sujeita a mudanças devido a diversos fatores como a resposta individual da pessoa e a sua capacidade para se adaptar aos stressores do ambiente (George, 2010). Assim, a pessoa e o ambiente influenciam-se reciprocamente de forma positiva ou negativa, havendo uma procura contínua para atingir a harmonia e o equilíbrio.

Neuman (1970), no âmbito da ação do enfermeiro, contempla três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária inicia-se quando o stressor é identificado, mas não houve ainda uma resposta por parte da pessoa, tendo como objetivo reforçar as linhas flexíveis de defesa e reduzir o contato entre a pessoa e o stressor. A prevenção secundária acontece quando já há resposta ao stressor, pelo que as intervenções têm como objetivo tratar sintomas e ajudar a pessoa a responder eficazmente aos stressores (intra, inter e extrapessoais) de modo a atingir novamente o equilíbrio. Por fim, a intervenção terciária consiste no reforço da resistência aos stressores para prevenir desequilíbrios futuros, dotando a pessoa de

estratégias mais eficazes de modo a que consiga responder de forma mais adequada aos stressores, restabelecer o sistema e manter a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2010; George, 2010). Neste projeto foi utilizado o modelo sistémico cujo foco de atenção foi a pessoa com doença mental e a sua interação com os sistemas (familiar, laboral, etc) promovendo intervenções de enfermagem no reforço do empoderamento da pessoa e estabelecendo parcerias nos cuidados, de forma a reforçar a participação da pessoa no projeto terapêutico de saúde e de cidadania.

As intervenções terapêuticas neste estágio foram dirigidas à pessoa com doença psiquiátrica, sendo que uma parte do estágio foi dirigida à pessoa com perturbações do comportamento alimentar. As doenças do comportamento alimentar (DCA) são caracterizadas pela preocupação excessiva com o peso e imagem corporal, havendo desequilíbrios alimentares, resistência ao tratamento e podendo, ou não, ser acompanhadas por comportamentos purgativos (Silva, 2018; APA, 2014; Bouça, 2014). A DCA mais comum é a anorexia nervosa (AN). Esta envolve dificuldade de expressar as emoções (alexitimia), uma distorção da imagem corporal e uma preocupação excessiva com o peso e os alimentos que ingere, mesmo quando já se encontra num estado muito avançado de magreza.

Foye, Hazlett & Irving (2019), referem que a inteligência emocional é um fator de proteção contra o desenvolvimento de DCA e a sua ausência pode criar uma maior vulnerabilidade. Tendo isso em conta, torna-se importante incluir no tratamento das DCA intervenções que incidam no desenvolvimento da inteligência emocional, havendo um enfoque em aspetos como a resolução de problemas e desenvolvimento da regulação emocional que, em conjunto com intervenções psicoeducativas, ajudam a desenvolver mecanismos de Coping adaptados e aumento da resiliência.

As emoções são forças motrizes indispensáveis para a vida racional e comportamental permitindo o equilíbrio na tomada de decisões, daí o interesse em trabalhar nesta dimensão. A autorregulação emocional é uma competência emocional de autocontrolo e gestão emocional, quer na dimensão subjetiva experiencial, quer comportamental. Neste contexto, é relevante o sentido de atenção continuada sobre os nossos estados internos (sob a forma de autoconsciência) que Goleman (2012) define como o ter consciência sobre o seu estado de espírito, bem como, dos pensamentos que se têm sobre esse estado de espírito.

Segundo o mesmo autor, esta perceção de si e do que está a sentir é a competência básica e pedra angular da autorregulação (Goleman, 2019). Assim,

importa reconhecer e valorizar as emoções positivas e o seu efeito na saúde (e.g. a alegria aliada ao interesse constitui a base dos comportamentos sociais e relacionais (Veiga Branco, 2004)), bem como saber identificar as emoções negativas, algumas apelidadas pelo autor de destrutivas, sobretudo pela sua natureza, pois podem estimular o pessimismo ou mesmo levar à inundação emocional. O autor reconhece o interesse em “*esvaziar/ parar o caos interno das emoções e sentimentos negativos*” para a pessoa não agir sob a forma de um raciocínio pouco flexível, vulnerável, quer a nível cognitivo (arrastado pelo domínio da energia negativa) quer a nível da interação (arrastado pela força da razão, dominada pelos efeitos da amígdala). Assim, é fundamental saber interromper os comportamentos ruminativos, invasivos e a espiral negativa da fúria (sendo que a cólera, raiva ou mesmo o pânico, obstaculizam o pensamento e a ação eficaz).

A análise e reflexão sobre as emoções sugerem que aprender a identificar os sinais do corpo e as emoções, implica pensar no que nos faz mover, passar os limites ou perder o controlo, para não nos deixamos levar pelos impulsos e deixar absorver pelas emoções (Goleman, 2012; Haeyen, 2018).

O EEESMP no cuidar da pessoa com doença mental utiliza várias intervenções, psicoeducativas, psicoterapêuticas e socioterapêuticas, que facilitam *as respostas adaptativas* da pessoa e da família. Estas intervenções implicam “*estratégias de empoderamento que permitem ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental*” para ajudar a pessoa a desenvolver competências (OE 2017, p.9).

As intervenções psico e socioterapêuticas são consideradas intervenções autónomas de enfermagem “*com um corpo de conhecimento próprio (ainda que apoiado noutras disciplinas científicas), e com uma metodologia de operacionalização bem sistematizada*” (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2014), p.107). Estas apresentam diversas vantagens, entre as quais, o aumento da compreensão da doença, reforço de competências de autogestão, controlo mais eficaz de sintomas, desenvolvimento de mecanismos de *coping* mais adaptados, aumento da adesão ao tratamento e redução do tempo de internamento/recuperação, entre outros (Mullen, 2009).

As intervenções de enfermagem, recorrendo ao uso de técnicas expressivas para trabalhar a dimensão emocional, podem facilitar a expressão e gestão de



sentimentos e emoções, que de outra forma seria mais difícil. De acordo com Price (2009), permitem que a pessoa consiga identificar e compreender melhor as suas emoções. Resultam numa conexão mais forte com o *self* e numa relação mais direta e clara com os outros (Pearson & Wilson, 2009), recorrendo essencialmente a linguagem não verbal, estando implícita a liberdade de expressão, aceitação sem julgamentos e a honestidade (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010).

As intervenções terapêuticas que recorrem a técnicas expressivas permitem criar um ambiente terapêutico pautado pela liberdade expressiva, utilizando técnicas como: a dramatização, o filme, a música, literatura, a dança, as artes plásticas, entre outros, para facilitar a intervenção (Ferraz, 2009). De acordo com a mesma autora, as intervenções expressivas podem ter diversos benefícios como melhoria da comunicação intra e interpessoal, e em diversos *settings* terapêuticos, promovem hábitos saudáveis e a melhoria da qualidade de vida, permitem a catarse de tensões recalcadas, facilitam a adesão ao regime terapêutico, aumentam a capacidade de resolução de problemas, bem como o aumento da autoestima e autoconfiança, tendo impacto na autonomia e capacidade de transformação interna.

Ulman (2001) e Ferraz (2009) referem que as intervenções implementadas através de mediadores expressivos devem ser contextualizadas num plano terapêutico e dependem da relação terapêutica estabelecida com o técnico. As técnicas devem ser adaptadas às necessidades do grupo sendo, portanto, flexíveis (Guerra, Lima, & Torres, 2013).

As técnicas que permitem o desenvolvimento da regulação emocional podem *“envolver reestruturação cognitiva, relaxamento, ativação comportamental ou estabelecimento de metas, tolerância aos esquemas emocionais e afetos, mudanças comportamentais e modificação das tentativas problemáticas de obter validação”* (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2013, p. 20).

## II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

### 2.1. Delimitação da Problemática

A doença mental afeta de forma prolongada a funcionalidade da pessoa, trazendo sentimentos e emoções por vezes difíceis de gerir, com repercussões sobre a relação que a pessoa estabelece com os familiares e a comunidade.

A prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal é de 22,9%, de acordo com o Estudo Nacional de Saúde Mental de 2013, colocando-nos em segundo lugar dos países da Europa com maior prevalência. Em termos anuais, a prevalência de doenças psiquiátricas em Portugal é elevada, sendo que, do valor total, 16,5% corresponde a perturbações de ansiedade, 7,9% a perturbações do humor e 3,5% a perturbações por controlo de impulsos (Caldas de Almeida, 2018). De acordo com o estudo do Eurobarómetro (2003) os casos de sofrimento psicológico em Portugal correspondem a 29.8%, colocando-nos acima da média Europeia (23,4%) (Caldas de Almeida, 2018).

Diversas doenças mentais envolvem mecanismos de regulação emocional desadaptados (Werne & Gross, 2010). A regulação das emoções e outras competências pessoais e interpessoais são fatores preditores e modificadores do comportamento (Veiga Branco, 2004). O sofrimento humano está relacionado com a capacidade que cada pessoa tem para gerir as suas emoções, sendo *“a forma como nos regulamos emocionalmente que influencia o bem-estar ou mal-estar na relação connosco próprios, com os outros e com o mundo em geral”* (Palha, 2016, p.16) pelo que se torna importante dotar a pessoa de ferramentas que lhe permitam conseguir regular as suas emoções.

As intervenções do presente projeto foram desenvolvidas em grupo terapêutico. O suporte proporcionado pelos grupos terapêuticos assume uma grande relevância junto das pessoas com experiência de doença na medida em que reduz o isolamento, o stress e são uteis para se adquirir mais informação (Guerra, Lima & Torres, 2013). O grupo assume funções, que podem ser vistas de forma diferente por cada elemento do grupo, sendo: de apoio emocional, informativo, socialização, lúdico, social, de desenvolvimento de competências e *governance*, com ganhos em saúde (Townsend, 2011).

Irvin Yalom (2010) defende a eficácia da intervenção grupal, sendo que, através de um estudo, verificou que esta pode ter mais vantagens que a terapia individual uma

vez que possibilita “*mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente*” (Guerra, Lima & Torres, 2013, p.87). A troca de feedback entre os elementos do grupo assume-se como uma ferramenta importante para promover a mudança, ajudando a pessoa a aumentar o seu autoconhecimento e a efetuar mudanças necessárias no seu comportamento social (Guerra, Lima, & Torres, 2013). Segundo Yalom (2000), existem doze fatores terapêuticos essenciais a uma intervenção terapêutica em grupo, ligação interdinâmica e que promova a mudança, sendo eles: inculcar esperança, universalidade, informação participada, altruísmo, recapitulação corretiva do grupo familiar primário, desenvolvimento de competências sociais, modelagem, catarse, fatores existenciais, coesão do grupo, aprendizagem interpessoal e o grupo como microcosmo social.

Neste contexto considerámos como questão de partida “Que intervenções pode o EEESMP efetuar para promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental?”.

## **2.2. Objetivo geral e específicos**

O **objetivo geral de estágio** foi: Promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental.

Relativamente aos **objetivos específicos** traçados para o estágio foram:

a) Desenvolver conhecimentos que permitissem efetuar intervenções psicoterapêuticas, b) efetuar apreciações de saúde mental com a pessoa com experiência de doença mental c) planejar e implementar intervenções psico e socio terapêuticas e psicoeducativas que permitissem a promoção da regulação emocional e o empoderamento na pessoa com experiência de doença mental, d) adquirir competências terapêuticas através do uso de mediadores expressivos.

## **2.3. Critérios de elegibilidade e obstáculos previsíveis**

Dentro dos **critérios de inclusão** foram definidos: utentes alo e autopsiquicamente orientados, que estivessem dispostos a participar nas atividades planeadas; compreensão da língua portuguesa escrita e falada; compreensão e respeito das regras de participação nas atividades de grupo.

Os **critérios de exclusão** incluíram: recusa do utente, défice cognitivo e sem *insight*, estado de crise aguda, não compreender a língua portuguesa escrita e falada, utentes que não toleram estar em grupo.

Foram discutidos com os orientadores alguns obstáculos previsíveis antes da implementação das intervenções como: a inexperiência da estagiária na gestão de um grupo (falta de experiência) especialmente na capacidade em lidar com situações inesperadas, a fraca participação dos utentes, o seu nível de empenho, motivação e entusiasmo ao longo das sessões.

## **2.4. Caracterização dos participantes**

O estágio incluiu dois contextos: hospital de dia e serviço de internamento de psiquiatria de doentes em fase aguda. Em relação aos contextos, os grupos de participantes apresentavam um nível de estabilização diferente. No hospital de dia o grupo é habitualmente constituído por 6 a 12 pessoas. Para efeitos do projeto, trabalhei com 9 utentes que participaram de forma mais assídua nas 7 sessões realizadas. Estes tinham uma média de idades de 39,2 anos. No estágio realizado no serviço de internamento de psiquiatria foram concretizadas 4 sessões sócio terapêuticas. O serviço dispõe de 5 camas destinadas para utentes com DCA e foi neste grupo de cinco pessoas que foi implementado o projeto. Este grupo era mais jovem e predominantemente feminino, com uma média de idades de 28 anos. A caracterização sociodemográfica respeitante a cada serviço, será desenvolvida no respetivo contexto.

## **2.5. Estratégias e procedimentos**

O projeto de estágio foi elaborado tendo em conta o estágio de observação realizado antes do estágio final. Este foi apresentado e bem aceite pelos técnicos do serviço do hospital de dia e do serviço de internamento de psiquiatria. Os utentes envolvidos foram sujeitos ativos nos cuidados. As intervenções foram desenvolvidas maioritariamente em grupo (socioterapêuticas). Foi utilizada a metodologia de projeto, baseada na observação, pesquisa, exploração da temática, na interação e na avaliação de necessidades de saúde dos utentes. Envolveu sempre a explicitação dos objetivos das sessões e das intervenções, e a sua implicação, bem como a partilha e reflexão em grupo no final de cada intervenção de enfermagem, foram realizadas sete (7) sessões semanais no Hospital de dia e quatro (4) sessões semanais no serviço de

internamento que obedeceram a um plano prévio (que pode ser consultado no Apêndice 2 e 3), onde foram trabalhadas as emoções, competências emocionais e o empoderamento. A duração das sessões variou de 45 a 90 minutos. As sessões tiveram como recurso o acesso a vários mediadores expressivos: leitura, mimica, pintura, cinema e escrita criativa. Também se utilizou o relaxamento, com imaginação guiada. A caracterização do serviço e os resultados das variáveis sociodemográficas apresenta-se no respetivo contexto de estágio.

## **2.6. Instrumentos**

A avaliação das sessões foi realizada no hospital de dia e no serviço de internamento de psiquiatria, através de 5 indicadores de resultado (NOC): autoestima (5 itens), estratégias de *Coping* (5 itens) desenvolvimento da auto percepção (4 itens); avaliação do humor (3 itens) e controle de ansiedade (4 itens) e com afirmações em escalas de likert, avaliados pela enfermeira (apêndice 4). A observação e as notas de campo (narrativas) relativas às sessões e a partilha de grupo no final de cada sessão, foram também elementos considerados importantes para um melhor conhecimento dos utentes.

### **III. PERCURSO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO**

#### **3.1. Caracterização do contexto comunitário**

O estágio decorreu num hospital de dia de um hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo entre 23 de setembro e 24 de novembro de 2019 (Cronograma – Apêndice 1). O hospital de dia recebe utentes com diversos diagnósticos, entre os quais, esquizofrenia, perturbações da personalidade, depressão major e perturbação afetiva bipolar, sendo o principal objetivo deste serviço a estabilização do utente e aumento da autonomia para o retorno à vida ativa. Os utentes são referenciados através da consulta externa, do internamento ou da urgência do hospital. As pessoas são avaliadas pelo psiquiatra para determinar se têm condições, ou não, para integrar as intervenções psico e socio terapêuticas do hospital de dia. No setor de psicogeriatrica é o psicólogo que faz esta avaliação.

O hospital de dia funciona de segunda a sexta feira, das 9h às 17h, havendo duas sessões por dia, exceto às quartas em que há apenas uma sessão na parte da manhã, podendo os utentes ter o resto do dia livre ou, se necessitarem, podem ir às consultas de psiquiatria ou psicologia.

A equipa terapêutica é composta por 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional, 2 psiquiatras e 2 psicólogos. Há um plano semanal de distribuição das atividades diárias, mas as atividades são aferidas diariamente e efetuadas tendo em conta ocorrências extraordinárias (ex. internamentos, saídas ou entradas de elementos do grupo, discussão no seio do grupo, entre outros). Há flexibilidade para a realização das mesmas, mas pode ser prioritário realizar uma reunião, se houver conflitos, antes da atividade.

Na ingressão no hospital de dia é requerido ao utente que apresente um objetivo realista que pretenda alcançar. Baseado nesse objetivo, na resolução de problemas e ganho de competências, assina o acordo de tratamento e é integrado no respetivo programa. Os utentes que participaram nas sessões tinham uma média de idades de 39,2 anos (idades que variaram entre os 23 e 56 anos), onde 66,7% eram do género feminino e 33,3% do género masculino. No que concerne ao nível de escolaridade, 44,4% tem o ensino básico, 22,2% o ensino secundário e 33,3% o ensino superior (licenciatura). Da análise dos dados relativamente à caracterização de internamentos prévios em serviços de psiquiatria, cerca de 33,3% nunca teve um

internamento, 44,4% tem 1 internamento e 22,2% teve 2 ou mais internamentos, sendo que 2 dos elementos estiveram internados compulsivamente. Relativamente à situação de emprego, 44,4% estão empregados e 55,6% estão no desemprego.

As intervenções, que decorrem ao longo da semana são diferentes e são desenvolvidas pela enfermeira, terapeuta ocupacional ou pelo psicólogo. Estas têm como objetivo a estimulação das vertentes intelectual/ cognitiva, afetiva e social, podem incluir intervenções de expressão plástica, sendo um meio de expressão e comunicação de sentimentos/afetos; atividades de relaxamento, para alívio da ansiedade, onde se pretende relaxar e explorar a relação com o corpo; a biblioterapia, na qual pode ser usado a leitura de textos, poesia, onde se discute e reflete sobre a situação, o treino cognitivo, a escrita criativa, o uso de jogos psicológicos podendo ser usados diversos mediadores, onde narram de forma escrita, ou expressam acontecimentos de diferentes fases da sua vida, e são trabalhados esses acontecimentos. Duas vezes por semana efetua-se uma reunião psicoterapêutica com toda a equipa multidisciplinar, sendo que os assuntos a discutir são escolhidos por cada um dos utentes.

Para fomentar a responsabilidade dos utentes no serviço, todas as semanas é escolhido um chefe de equipa, devendo os utentes cumprir os horários estipulados, comparecer às sessões, zelar pelo material utilizado, assegurar que todo o material das atividades é arrumado, entre outras tarefas.

Neste serviço realizei um estudo de caso, que vou apresentar de forma muito sumária, devido ao limite de páginas. O utente, de nome fictício Manuel, é um jovem de 25 anos, solteiro, licenciado em gestão, a viver com a mãe de 60 anos que se encontrava a trabalhar. Fez o percurso escolar sem problemas de aprendizagem. Quando interpelado, refere que viveu uma infância feliz, mas considera que era hiperativo e sofreu de *bullying* na escola. O primeiro emprego teve a duração de dois meses, num banco, de onde refere ter saído por término do contrato. Teve mais dois empregos de curta duração. Após ter sido despedido do último emprego (8 meses) começou a isolar-se em casa: *“não queria sair e estar com outras pessoas”* (sic). Segundo o utente, antes de ser internado havia um ambiente em casa de discussões com a mãe e a tia por estar demasiado tempo isolado e não procurar emprego. É o segundo filho de uma fratria, os pais estão separados desde os seus dois anos e depois disso não voltou a ter contacto com o pai. Foi internado no serviço de psiquiatria (internamento), acompanhado de agentes da GNR, por queixa de hétero

agressividade dirigida aos familiares (mãe e tia) e comportamento estranho (sic). Na entrevista apresentava humor ansioso, evitando o contacto ocular, apresentava um sorriso ansioso, mesmo quando referia ter sofrido de bullying na escola. Coentre, Levy e Figueiras (2011) sugerem que os programas de intervenção precoce têm uma influência positiva no prognóstico da doença psicótica. Desta forma, é importante que a pessoa e família *“sejam “acompanhados neste longo período, de uma forma que esta disfunção não se agrave e que se criem condições para que possa recuperar a funcionalidade de modo progressivo”* (p.158). Após a alta do internamento hospitalar, o Manuel foi seguido no hospital de dia. Através deste estudo de caso foi possível desenvolver várias competências: de entrevista, crucial para efetuar a avaliação diagnóstica e o plano de intervenção, consolidar a relação terapêutica e a avaliação do estado mental. Este foi importante para a compreensão em maior profundidade da problemática da pessoa. O Manuel participou e integrou o plano de intervenções que a seguir se apresenta, com melhoria do seu estado.

Neste projeto foi planeado maioritariamente a intervenção socioterapêutica, ou seja, intervenções psicoterapêuticas em grupo, com a utilização de mediadores expressivos. Assim, apresenta-se o Plano de Intervenção.

### **3.1.1. Plano de intervenção em contexto comunitário**

Apresentamos o plano de intervenção, com o título das respetivas sessões:

- **Sessão 1** – “As emoções e eu” – Intervenção expressiva através de pintura
- **Sessão 2** – “O meu lugar especial” – Técnica de relaxamento com imaginação guiada
- **Sessão 3** – “Pedras no meu caminho” –Intervenção psicoterapêutica através da escrita
- **Sessão 4** - “Somos um grupo e sabemos comunicar” - treino competências sociais
- **Sessão 5** – “Poderoso/ Indefeso” – Intervenção expressiva através de pintura
- **Sessão 6** – “Divertidamente” – Intervenção terapêutica através de visionamento de um filme sobre as emoções.
- **Sessão 7** – “Orgulho em mim” – Intervenção psicoterapêutica.



A descrição do plano e os vários momentos da intervenção, encontram-se em apêndice para consulta (Apêndice 2).

Ao longo das sessões, apesar da sessão e interação ser grupal, foram também trabalhados alguns aspetos individuais das pessoas, como comportamentos intrusivos, a passividade, a autoestima, a autonomia e o controlo de impulsos.

**Sessão 1:** O objetivo geral foi promover o processo de tomada de consciência de si. Nesta primeira sessão houve dois momentos com a temática das emoções: Um de mímica e outro de pintura. No primeiro momento cada um dos utentes retirou um papel que tinha inscrito uma emoção e fez a mímica da mesma, enquanto os restantes tentavam perceber qual seria. Os utentes partilharam que algumas das emoções eram bastante difíceis de representar/adivinhar e refletiram sobre a dificuldade em reconhecer os sentimentos dos outros. Assim, destacamos algumas expressões desta sessão: *“eu não teria representado assim essa emoção”, “É difícil adivinhar o que os outros estão a sentir”*. Na segunda parte retiraram novamente papeis com emoções inscritas e representaram-nos através da pintura. Alguns utentes comentaram que não sabiam desenhar e pintar, mostrando alguma renitência em efetuar a atividade. **Porque será que há receio de nos revelarmos?** Foi explicado que não importa o desenho que fazemos em matéria de arte, mas sim o que este simboliza. O desenho poderia ser abstrato, poderiam desenhar apenas cores ou formas que lhes fizessem sentido. Todos os utentes efetuaram os desenhos e pinturas. Quando lhes foi pedido para mostrarem aos restantes sem fazerem comentários sobre o mesmo, assim o fizeram. Este foi o momento mais difícil de gerir na sessão uma vez que alguns utentes tiveram alguma dificuldade em equilibrar os momentos de partilha/escuta (Anexo 1).

A terapia através da arte abre espaço para explorar e experienciar emoções e conflitos internos, conseguindo-se aceder ao subconsciente da pessoa. Podem ser utilizados diversos materiais, ferramentas e tarefas que podem ser, ou não, estruturadas, estando implícita a liberdade de expressão, aceitação sem julgamentos e honestidade. Sentimentos, pensamentos ou comportamentos difíceis de lidar ou processar podem ser explorados sem ser expressados em palavras. Isso pode ajudar a pessoa a reconhecer as suas emoções conflitantes e a encontrar uma forma mais construtiva de lidar com as mesmas (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010; Haeyen, 2018).

Sobre as pinturas destaco algumas frases expressadas pelos utentes: *“O medo é a morte, quando acaba tudo”, “A amizade também é amor”, “Tenho a minha máscara*

*para que não percebam que não estou bem”, “Mete-me nojo quando me traem a confiança”, “Quando penso em estar envergonhada penso em querer esconder a cara, não querer enfrentar outras pessoas”.*

Sem querer fechar este tema, sinto que foram trabalhadas estas frases e identificadas algumas emoções básicas e sociais; a expressão emocional esteve presente com maior ou menor dificuldade por parte dos utentes. Numa fase inicial alguma dificuldade em pensar, reconhecer e expressar as emoções, traduziu-se em expressões como: *“Nunca penso sobre isto”, “É muito importante percebermos o que os outros nos estão a tentar dizer para evitar mal-entendidos”.*

Os utentes na avaliação referiram ter gostado de participar, atribuíram importância ao tema e referem não refletir mais vezes sobre esta temática. Dentro dos efeitos terapêuticos da arteterapia temos o aumento da autoconsciência, o desenvolvimento de habilidades sociais, resolução de problemas, diminuição da ansiedade e aumento da autoestima (Malchiodi, 2005). Quando a pessoa recusa mostrar que não está bem, ou refere que nunca pensa sobre isso, ou não quer enfrentar outras pessoas, estes factos devem ser interpretados e o orientador procurará que o utente seja consciente do seu estado emocional, facilitando-lhe elementos de autoanálise e servindo de espelho empático e congruente para que a pessoa não se sinta confundida no seu estado emocional, o assuma e o manuseie. A comunicação sobre a dimensão emocional afigura-se de grande relevância, a troca de informações, assim como aceitar e evoluir com o feedback são essenciais para o funcionamento e evolução grupal, indo isso ao encontro do que dizem as autoras Guerra, Lima & Torres (2013). As autoras descrevem o feedback como um processo promotor de mudança, sendo necessário estimulá-lo no seio do grupo, mas também ensinar as pessoas a dar e receber feedback para que a comunicação seja mais eficaz.

**Sessão 2:** O objetivo desta sessão foi promover o relaxamento e bem-estar. Stuart & Laraia (2001) referem que programas de relaxamento podem ter um efeito positivo na redução de excessos comportamentais. O relaxamento através de imaginação guiada ou de técnicas de relaxamento progressivo trazem ganhos no domínio da ansiedade. Guerra, Lima & Torres (2013) referem que Schutz defendia a importância de se aprender a respirar de forma controlada e reconhecer os diferentes estados de tensão muscular de forma a poder atuar sobre isso, uma vez que a tensão muscular

tem muitas vezes impacto a nível psicológico. O relaxamento assume-se como uma técnica com impacto na diminuição da angústia e emotividade, aumenta a concentração e o locus de controlo interno (Salvador, Rodrigues & Carvalho, 2008).

Nesta sessão foi efetuada uma técnica de relaxamento através da imaginação guiada. Foi uma sessão muito bem-recebida pela maioria dos utentes e o facto de ter dado a escolher entre ficarem deitados ou permanecerem sentados ajudou a que todos conseguissem escolher a forma como se sentiam mais confortáveis. Foi escolhida uma música relaxante para acompanhar a técnica de relaxamento e o nível de luminosidade foi reduzido.

Esta sessão foi efetuada numa semana em que alguns elementos do grupo apresentavam tensões no seio do grupo, havendo muitas discussões durante as sessões terapêuticas que necessitavam de intervenção por parte dos técnicos de saúde, pelo que a enfermeira orientadora me alertou para o facto de poder ser uma sessão mais complicada de implementar. Apesar disso, os utentes conseguiram permanecer em silêncio durante toda a sessão, expressando no final *“Consigo perceber que pode ser útil para controlar quando estou mais ansioso”, “Imaginei-me nos himalaia, parecia que me sentia quentinha por dentro, mas com as faces frias, senti-me mesmo bem”, “Penso que a meditação, o relaxamento, podem ajudar a controlar estas emoções más que temos”, “Não consegui desligar-me dos problemas lá de fora, ainda me imaginei numa praia... mas depois pensava sempre nos problemas...”*. Na avaliação a maioria partilhou ter gostado de efetuar a sessão, pedindo para efetuar mais sessões daquele género. O relaxamento muscular é uma técnica baseado na contração/descontração que visa modular a faceta corporal da emoção (muitas vezes expressa através da ansiedade, a tensão e rigidez muscular, assim como a absorção dos pensamentos). Vários estudos comprovam o benefício a nível físico e psicológico, com a diminuição de sintomas levando a uma melhoria do bem-estar (Yu- Fen *et al* 2015; Laland *et al*, 2017; Kim & Kim, 2018).

**Sessão 3:** Os objetivos desta sessão foram promover a capacidade de reflexão, autoanálise e autoconhecimento e facilitar a expressão de sentimentos. Nesta sessão recorreu-se ao mediador expressivo da leitura/escrita. A terapia através da leitura/escrita utiliza materiais de leitura (livros, programas de *e-learning*, escrita terapêutica, entre outros) que permitam que a pessoa entre em contato com emoções, comportamentos e sentimentos de uma personagem, mas com os quais se pode

relacionar pessoalmente, conseguindo, assim, aumentar as suas competências relacionais, comportamentais e cognitivas, promovendo a recuperação e crescimento pessoal (Malchiodi, 2005; Yontz-Orlando, 2017; Tukhareli, 2017; Andrade, 2018)

Após leitura do texto *“Pedras no caminho”* os utentes tiveram interpretações diferentes sobre o significado das pedras. Enquanto alguns utentes sentiram a positividade no estímulo, e conseguiram refletir sobre eles, construindo uma história, outros viam as “pedras” como elementos menos positivos. Assim, uns viam as pedras como algo que ajuda a construir a sua personalidade, expressando *“São as experiências boas e más que vamos tendo ao longo da vida e que servem para nos transformar, para construir o nosso castelo”, “Aprendizagens que vamos tendo ao longo da vida e que nos permitem crescer”, “Acontecimentos que nos fazem crescer e evoluir”*. Outros veem-nas como algo mau na sua vida – *“As pedras são pesadas... eu usei não para construir um castelo, mas sim um muro, para manter as pessoas fora”*; outra utente refere *“Levar as pedras só nos faz mal a nós, eu prefiro não levar o mal que me fazem”*.

Todos os utentes participaram com entusiasmo ao escrever a sua história, apesar de no início estarem céticos sobre a sua capacidade de a construir. Todas as histórias eram particulares, com um cariz pessoal e a sua partilha foi enriquecida com os depoimentos do grupo. Os utentes foram expressando algumas frases que revelavam autorreflexão, sendo que alguns revelam estar num processo de autoaceitação: *“Estou a tentar aceitar como sou, a dizer o que quero mesmo e a dizer o que não quero”, “Quem gostar de mim como sou gosta, quem não gostar não gosta”*. Outros refletem sobre os seus receios: *“Sei que as vezes não digo mais o que quero porque tenho medo das críticas, isso deita-me abaixo”, “Acho que não mereço ter coisas boas na minha vida”, “Sou uma cuidadora desde que me lembro, preocupo-me mais com os outros do que comigo”, “Não há muitas pessoas que me conheçam mesmo bem”, “Prefiro magoar primeiro do que deixar que me magoem”* e há expressões que revelam processos internos de mudança: *“Não me sinto eu próprio”, “As vezes é difícil partilhar coisas num grupo tão grande, mas estou a tentar”, “Já fui muito impulsivo... mas sei que isso não trás nada de bom”, “Gostava de ter essa força, de não desistir e enfrentar as coisas que estão mal”, “Já tive de destruir castelos que construí... gostava de conseguir construir um só com coisas boas”*. De acordo com Fernandes (2012) a transformação do conteúdo emocional em escrita envolve processos cognitivos e emocionais que proporcionam a autorreflexão, aumento do insight e a oportunidade

para organizar os acontecimentos traumáticos, reduzindo os efeitos negativos associados à lembrança de eventos adversos e conseguindo com que a pessoa possa entrar em contato mais profundo com as suas emoções. Pedro Sena-Lino cit. Fernandes (2012), refere que a escrita aumenta o autoconhecimento através da criação de um texto metafórico com a capacidade de espelhar emoções ocultas, recorrendo a pessoa à canalização das suas memórias, imaginações, educação e projeções do futuro.

**Sessão 4:** Os objetivos desta intervenção foram treinar competências de comunicação, promover a reflexão acerca dos estilos de comunicação e desenvolver o autoconhecimento. Nesta sessão foi efetuada uma breve explicação sobre os diferentes tipos de comunicação (passiva, agressiva e assertiva), abordou-se as vantagens e a importância de se manter um estilo de comunicação assertivo na interação com os outros e efetuou-se o treino deste tipo de comunicação, através da discussão sobre como resolver diferentes situações de conflito. O grupo efetuou um *role-play*, que gerou alguns momentos de maior tensão, e com alguns utentes a perderem de vista o objetivo da sessão, sendo necessário encaminhar novamente para o assunto em debate. No final, a avaliação revelou que durante o *role-play* o estilo de comunicação mais prevalente foi a agressiva, transpondo isso para o seu quotidiano: *“Expludo muito depressa e depois é que me arrependo do que digo”, “Por vezes acabo por discutir e ser mais agressiva por ter acumulado muita coisa”, “As vezes deixo que me façam tudo, outras vezes fico cega e digo tudo o que quero mesmo magoando”*.

Num geral todos reconheceram a importância de auto monitorizar o estilo de comunicação, o tom e postura como se comunica, para evitar ou gerir situações de conflito. Esta atividade introduziu uma aprendizagem e reflexão que a longo prazo, e de acordo com a motivação pessoal, pode ter efeitos no estilo de comunicação utilizado.

**Sessão 5:** Os objetivos desta sessão foram promover expressão de emoções, aumentar o insight para sentimentos e experiências pessoais, promover a reflexão e partilha em grupo. Esta sessão foi dinamizada com recurso a um mediador expressivo, a pintura. Foi pedido aos utentes que pintassem uma situação onde se tivessem sentido mais poderosos e outra onde se tivessem sentido mais indefesos. A maioria

dos utentes não estava familiarizado com o conceito de empoderamento e, mesmo após a explicação, tiveram algumas dúvidas sobre o que seria sentirem-se empoderados, confundindo o conceito com felicidade. Denotou-se ainda que os utentes tinham alguma dificuldade em pensar sobre momentos em que se tivessem sentido empoderados, havendo algumas expressões que demonstraram isso: *“Vou começar pelo momento mau que é mais fácil”, “Sei lá o que pintar neste bom”*. As utentes com filhos acabaram por centrar os seus desenhos sobre empoderamento nos filhos, falando sobre o seu nascimento *“Ele é a minha força, o seu sorriso... é o que faz aguentar nos dias menos bons”* ou quando os filhos conseguiram atingir um objetivo muito desejado *“Senti que todo o meu esforço valeu a pena, senti que tínhamos conseguido”*. Uma das utentes, na partilha em grupo, diz *“Gostava que as pessoas vissem que tenho capacidade para ser feliz”*. Dois dos utentes pintam desenhos sobre terem sido internados no serviço de psiquiatria como o momento onde se sentiram mais indefesos *“Não me deram escolha, não estava mesmo preparada para aquilo, senti que não podia fazer nada”*.

**Sessão 6:** O objetivo desta sessão foi promover a reflexão sobre as emoções, o seu construto e formas como influenciam as pessoas. Nesta sessão foi visionado o filme *“Divertida Mente”*, que aborda o tipo de emoções e o seu efeito numa criança. Assim, o filme foi escolhido para sensibilizar os utentes para o construto emocional. Foi efetuada uma síntese do filme antes da sua visualização para despertar os utentes para o tema que seria tratado.

A intervenção psicoterapêutica através da visualização de um filme teve adesão por parte dos utentes, tendo como vantagens a acessibilidade, o aumento da curiosidade e disponibilidade para debater os temas do filme. Esta metodologia facilitou a melhoria da relação entre o utente e o profissional de saúde, uma vez que partilharam a mesma experiência (Oliva *et al*, 2010), embora com formas de análise diferentes.

Os utentes mostraram-se bastante atentos ao filme e, no momento da discussão em grupo, afirmaram ter gostado muito do filme e que os tinha feito pensar sobre a sua forma de agir e as emoções que experienciaram. Foi reconhecida a importância de todas as emoções, apesar de os utentes revelarem dificuldade em aceitar os sentimentos mais negativos, como a tristeza ou a raiva. Reforçada a importância de se conseguir reconhecer as emoções para se poder atuar sobre as

mesmas, quando são despoletadas por situações mais simples, em vez de as deixar acumular dentro de si e exteriorizarem-nas de uma forma menos saudável ou exacerbada. Destaco algumas expressões dos utentes ao longo da discussão: “*Eu pensava que só tínhamos memórias importantes a partir da adolescência, afinal é desde tão pequenos*”, “*Não consigo controlar as minhas emoções e muitas vezes nem entendê-las*”, “*Quando a raiva controlava só fazia asneiras... é como connosco (...) quando agimos com raiva só fazemos mal*”, “*Devíamos falar mais sobre estes temas, mesmo na escola... estas coisas são tão importantes*”. Um dos utentes mostrou-se muito retraído na partilha em grupo e, quando convidado a partilhar, acaba por expressar que gostou do filme, mas “*Não tenho nada para dizer... eu não sei dizer nada de jeito*”, ao que os outros utentes lhe transmitiram que gostavam de o ouvir falar pois, apesar de falar muito pouco, dizia muitas coisas adequadas. Seal (2004) defende que é possível a catarse de emoções através do visionamento de filmes uma vez que são despertados aspetos do mundo emocional da pessoa.

Berg-Cross *et al* (1990) e Hesly & Hesley cit. Olivia *et al* (2010) referem que a visualização de filmes com fins terapêuticos, pode ter diversos impactos, entre os quais: melhoria da comunicação entre o utente e o profissional de saúde; aumento da capacidade de reflexão do utente e autoconhecimento; capacidade para se criar correlações metafóricas entre o que é visionado e um assunto a ser discutido; capacitação do utente para expressar o que aprendeu na sessão terapêutica e na sua vida quotidiana, bem como uma melhor evolução do tratamento.

**Sessão 7:** Os objetivos desta sessão foram promover o reconhecimento de qualidades pessoais, desenvolver a autoconfiança e autoestima e promover a capacidade de autoafirmação. Foi a última sessão e penso ter sido uma sessão muito importante para o grupo.

Foi-lhes pedido que completassem frases com qualidades que reconhecessem em si, nas 10 pétalas que constituíam uma flor. Todos os utentes disseram que não seriam capazes de fazer essa tarefa, que não tinham 10 qualidades, que não conseguiam pensar nelas, havendo expressões como “*Se fosse para preencher defeitos até tinha mais do que 10*”, “*Eu não tenho qualidades*”, “*Não estou habituada a pensar nisto... é estranho*”. Apesar disso, e com algum incentivo do moderador, prosseguiram efetuando o exercício. Na partilha em grupo, referi que se os outros utentes quisessem acrescentar alguma qualidade àquelas enunciadas pela pessoa

que estava a partilhar o poderiam fazer. Todos os utentes tiveram qualidades a apontar entre si, o que gerou uma sensação de bem-estar no grupo. Destaco expressões como *“Acho que estamos tão habituados a ouvir falar mal de nós que achamos que não temos qualidades”*, *“Ouvi tantas coisas más sobre mim enquanto crescia que acho que acreditei que era mesmo assim”*, *“Já sofri tanto, acabamos por não conseguir pensar bem de nós mesmos”*. Nesta sessão, apesar de ser a última, esteve bem presente o peso do auto estigma e do estigma social da doença mental, bem como a dificuldade inicial de falar sobre si. Após o estímulo a atividade realizava-se com sucesso. Todas estas expressões foram trabalhadas de forma contínua, validando a sua capacidade de expressão, reforçando aspetos como o autoconceito, a autoimagem, autoconfiança, entre outros, que surgem nas sessões.

Considerando que a experiência de orientar grupos era pequena e estava num processo de aprendizagem, tudo era discutido com os orientadores e, no final das várias intervenções, era realizada a avaliação e reflexão. Alguns obstáculos foram contornados e superados, com a ajuda e a supervisão do orientador clínico no contexto e do orientador pedagógico.

### **3.1.2. Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores NOC em contexto comunitário**

Apresentam-se os resultados dos indicadores de resultado, NOC, que se apresentam como escalas tipo likert de cinco pontos com afirmações relativos à autoestima, estratégias de coping, auto percepção, humor e controle da ansiedade, relativamente à evolução da intervenção terapêutica (Apêndice 4).

<b>Indicadores</b>	<b>Avaliação Inicial 1ª Sessão</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Avaliação Final 7ª Sessão</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Autoestima</b>	14,33	3,8	18,78	3,7
<b>E. Coping</b>	13,44	2,35	17,67	3
<b>Auto percepção</b>	13,67	2,6	17,33	4
<b>Equilíbrio do humor</b>	9,78	1,71	11,67	1,87
<b>Controlo ansiedade</b>	10,33	2,78	13,33	2,78

**Quadro 1 – Resultados da escala de indicadores NOC em contexto comunitário**

Através dos resultados apresentados acima, podemos observar que ao longo das sessões há uma evolução positiva dos utentes em todos os indicadores NOC avaliados.



Os indicadores da autoestima, estratégias de *coping* e auto percepção, apresentam valores médios mais elevados. A auto percepção e autoestima foram as dimensões onde os valores do desvio padrão apresentam uma maior dispersão. Os participantes foram revelando, ao longo das sessões, evolução através de expressões de autoafirmação e de valorização pessoal como: *“eu sei que consigo fazer”, “eu aprendi isto muito rápido”, “eu sou boa amiga”, “sei que sou boa mãe”, “estou no processo de me aceitar mais”, “parece que consigo controlar melhor como reajo às coisas”*. Ao longo das sessões foi possível observar que os utentes sentiam uma maior confiança nas suas capacidades, embora, por vezes, o moderador tivesse que vencer a inércia inicial, mas depois estes conseguiam aceitar melhor as tarefas que lhes eram propostas e adquiriam uma maior confiança e expressavam o que sentiam e pensavam. Sequeira (2006) refere que o construto da autoestima positiva ajuda a pessoa a ultrapassar desafios pessoais e está dependente da capacidade que esta tem para acreditar em si e nos seus recursos. A autoestima influencia as relações sociais que a pessoa estabelece, desenvolve a sua criatividade e influencia a aprendizagem uma vez que a pessoa tem de acreditar nas suas capacidades pessoais para conseguir desenvolver, criar, aprender e reter algo.

Os indicadores “equilíbrio do humor” e “controlo de ansiedade” apesar de apresentarem uma evolução positiva, foram os que tiveram valores médios mais baixos e uma menor dispersão, podendo estar relacionado com algumas características e traços comuns de personalidade. Foi possível constatar a dificuldade, que alguns utentes verbalizaram, no controle dos impulsos e no planeamento de estratégias de *coping* adequadas para lidar com situações de maior stress, que traduzo nalgumas expressões proferidas: *“prefiro magoar as pessoas antes que me magoem a mim”, “as vezes chateiam-me e eu não me consigo controlar”*. Apesar disso, foi possível verificar que a maioria dos utentes no final do programa refletia mais sobre as suas ações e pensamentos, chegando a haver utentes que partilhavam sentir-se mais calmos quando confrontados com as situações ansiogénicas que, anteriormente, contribuiriam para ficarem muito ansiosos ou até agressivos, traduzindo isso por algumas expressões: *“agora consegui parar e pensar antes de responder”, “consegui relativizar e não ficar chateada... antes seria o fim do mundo”, “preferi resguardar-me e ir embora porque estava a ficar mesmo muito chateada”*. As intervenções expressivas podem ter diversos benefícios como a melhoria da comunicação intra e interpessoal, podendo ser utilizadas em diversos

*settings* terapêuticos, promovem hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, permitem a catarse de tensões recalcadas, facilitam a adesão por parte das pessoas, pela forma como são efetuadas (recorrendo a conteúdo lúdico e de livre expressão), facilitam o diagnóstico e levantamento das necessidades, desenvolvem a espontaneidade e criatividade, aumentado a capacidade de resolução de problemas, aumento da autoestima e autoconfiança, tendo impacto na autonomia e capacidade de transformação interna (Ferraz, 2009), aspetos encontrados ao longo das sessões.

Na avaliação global, os utentes partilharam que gostaram de participar nas sessões e que gostavam de utilizar os diferentes materiais para as efetuar. Com a pintura referiram que conseguiam abstrair-se e representar situações importantes. A visualização do filme permitiu a identificação de diferentes emoções apresentadas e pensar na forma como estas afetavam a sua vida. As intervenções com recurso a mediadores expressivos permitiram a valorização de formas singulares de autodescoberta, crescimento pessoal e interpessoal, conectando o mundo interno e externo, através da expressão de sentimentos e emoções que de outra maneira eram mais difíceis de aceder, estando implícita a liberdade de expressão, aceitação sem julgamentos e honestidade (Coqueiro, Vieira & Freitas, 2010).

As partilhas e o feedback do grupo e do moderador incutiram um encadeamento dos significantes, oferecendo um sentido à construção do diálogo interno e externo. As experiências e as histórias de vida que partilhavam em grupo (algumas particularmente duras) e o acolhimento refletiu-se na aceitação, sendo expresso por palavras *“parece que aqui posso dizer o que sinto”, “penso que lá fora não me compreenderiam assim”*.

Relativamente ao empoderamento, os utentes referiam que era um conceito difícil de entender (inicialmente verbalizado e conectado com a felicidade). Devido às características da doença, muitos dos utentes não conseguiam pedir ajuda ou procurar recursos na sua comunidade, ou até entender o que poderiam fazer para alterar uma situação menos confortável. Tendo isso em conta, trabalhou-se com os utentes o desenvolvimento da autorreflexão, o autoconhecimento e a autonomia, através da literacia emocional e a valorização pessoal, os recursos internos e externos, desmistificando o estigma da doença mental durante as sessões planeadas. Guerra, Lima & Torres (2013) referem que programas baseados no empoderamento conseguem dar à pessoa um maior controlo sobre a sua vida e tratamento, indo isso afetar positivamente a autoestima e autoeficácia.

A promoção da regulação emocional e o empoderamento efetuou-se ao capacitar a pessoa para reconhecer os seus estados internos e a interagir de forma mais adequada e assertiva, motivando para uma participação no seu projeto de cidadania e de saúde.

### **3.2. Caracterização do contexto de internamento de psiquiatria**

O estágio realizado no serviço de internamento de psiquiatria, decorreu entre 25 de novembro 2019 a 5 de fevereiro de 2020, num hospital da área de Lisboa e Vale do Tejo. É um internamento para situações agudas, recebendo utentes com diversas patologias psiquiátricas, como os primeiros surtos psicóticos e doenças do comportamento alimentar (DCA). O serviço dispõe de 28 camas, das quais 5 são destinadas a utentes com DCA. A equipa é constituída por enfermeiros, dos quais 8 são especialistas em EESMP, psiquiatras, psicólogos, assistentes operacionais, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e um segurança, funcionário de uma empresa externa ao hospital, que assegura o serviço de psiquiatria em regime de porta fechada, no período da manhã e da tarde,

O serviço é uma unidade de cuidados psiquiátricos diferenciados, com uma abordagem eclética, embora no núcleo dos utentes da DCA seja predominante uma abordagem Cognitivo Comportamental, abordagem à família, orientação interpessoal e terapia ocupacional.

No início do meu estágio foi importante participar em todas as atividades realizadas no serviço, integrando vários conhecimentos e estratégias, tendo posteriormente efetuado as intervenções inscritas no projeto de estágio.

O projeto de estágio foi realizado com os utentes com DCA, pelo que vou descrever com mais pormenor este espaço.

Os internamentos neste departamento são agendados com os utentes, mediante a avaliação do psiquiatra e as vagas disponíveis. Quando o utente é admitido assina um termo de responsabilidade e um acordo de tratamento, no qual se compromete a seguir o projeto terapêutico e as regras hospitalares. A pessoa é informada de algumas normas e princípios, sendo uma dessas regras a administração de 1000 ml de soro dextrosado, em perfusão endovenosa, nas primeiras 72 horas. Diariamente, devem cumprir o regime alimentar (plano alimentar acordado com a nutricionista e ajustado com os alimentos com calorias que devem ingerir e as

preferências individuais) e repouso após cada refeição, ficam sem realizar qualquer atividade física ou ir à casa de banho, durante 1 hora.

Às terças e quintas há uma reunião multidisciplinar, com o enfermeiro, psicólogas, psiquiatras e nutricionista, onde se discute a evolução das situações clínicas e estratégias de tratamento. As reuniões familiares também ocorrem nestes dias.

Os enfermeiros realizam intervenções individuais e algumas em grupo com os utentes, como por exemplo o passeio terapêutico no jardim do hospital. No serviço há uma terapeuta ocupacional com atividades agendadas. O ensino da regulação emocional aparece associado ao aumento da capacidade para gerir emoções negativas e, assim, a uma tendência menor para recorrer a restrições alimentares ou comportamentos purgativos (Foye, Hazlett & Irving, 2019; Preyde *et al*, 2016).

O grupo de utentes com anorexia nervosa foi constituído por 5 pessoas, com uma média de idades de 28,2 anos (idades entre os 18 e 40 anos). As participantes eram todas do sexo feminino. Apesar de ser um número bastante pequeno parece vir ao encontro dos dados da American Psychiatric Association (APA, 2014) que aponta 90% dos casos de anorexia nervosa ocorrem em mulheres. Neste grupo 60% apresentavam anorexia do tipo restritivo e 40% do tipo purgativo. Relativamente ao tempo de evolução da doença, os dados evidenciaram 4 a 22 anos de evolução, e 60% do grupo apresentava comportamentos autolesivos, concomitante com a doença do comportamento alimentar. No que concerne à escolaridade, 60% do grupo tinha o ensino secundário e 40% o ensino superior (licenciatura). No que respeita ao número de internamentos no serviço de psiquiatria, 20% tinha o primeiro internamento, 40% 2 internamentos e 40% com mais de 2 internamentos, sendo que a taxa de reinternamento é de 80%. Neste estágio, além das intervenções do projeto, desenvolvi cuidados de enfermagem, com intervenções interdependentes e autónomas, que me proporcionaram um percurso de muitas aprendizagens e desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo das sessões socioterapêuticas, foram também trabalhados alguns aspetos particulares das pessoas, com prévio conhecimento das suas problemáticas, como comportamentos intrusivos, a passividade, a autoestima, a autonomia e o controlo de impulsos

### 3.2.1. Plano de intervenção em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria

Apresentamos o plano de intervenção, com o título das respetivas sessões:

- **Sessão 1** – “Somos um grupo e queremos conhecer-nos melhor” - intervenção psicoterapêutica
- **Sessão 2** – “Somos um grupo e sabemos exprimir-nos” - Intervenção expressiva através da pintura
- **Sessão 3**– “Quando a oportunidade está no obstáculo” - Intervenção psicoterapêutica através da escrita
- **Sessão 4** – “Poderoso/Indefeso” - Intervenção expressiva através da pintura.

Por limitações de páginas deste relatório, o plano e os vários momentos da intervenção, encontram-se em apêndice (Apêndice 3).

**Sessão 1:** Esta atividade pretendia um melhor conhecimento do grupo. Foi pedido que cada utente completasse frases com o primeiro pensamento que surgisse, tarefa que se revelou no início um pouco reativa para algumas utentes, mas que a pouco e pouco se expuseram *“tenho de pensar muito para saber o que escrever”, “Não sei o que escrever aqui”, “Não quero escrever nada errado”,* tendo sido explicado que o objetivo era escreverem o que sentiam sem pensar ou elaborar muito.

Surgiram algumas **descrições da anorexia** como uma falsa amiga e alguns pensamentos ruminativos: *“É uma amiga porque está sempre lá... está sempre connosco nos momentos maus”, “Mas é uma falsa amiga, que nos faz mal”, “Uma prisão, é pensar demais” “Uma doença cruel que destrói relações e vidas”, “É um monstro”, “Algo que se apodera de mim que eu deixo de ser eu própria”, “É muito difícil entenderem esta doença”.* Relativamente a **preocupações**, as utentes partilham que tem medo de não conseguir melhorar, de não conseguir retomar a sua vida quotidiana, preocupam-se com o sofrimento que causam aos outros: familiares e amigos, traduzindo isso através de expressões *“Tenho medo de não conseguir vencer esta doença e ter que viver o resto da minha vida como numa prisão”, “Tenho medo de deixar de comer novamente”, “Não conseguir ser feliz, ser normal”, “O mal que já fiz a outras pessoas por causa das atitudes e comportamentos que tenho”, “Deixar-me levar pelo tempo sem ter noção que o tempo passa e depois já não posso voltar atrás”.* No que concerne às **dificuldades** falam sobre: *“Exprimir as emoções”, “Ser”, “Conseguir sentir, eu sei que gosto dos meus pais e da minha irmã porque são a minha*

*família, mas eu não sinto nada”, “Não consigo exprimir o que sinto, estou sempre a pensar em comida”, “Lidar com as dores físicas e psicológicas do tratamento”, “amar-me independentemente de fatores insignificantes como o que como ou quantos passos dou”.*

No final da sessão todas as utentes expressaram que gostaram daquele momento de partilha por conseguirem encontrar pontos em comum, sentiram-se compreendidas e ouvidas. Uma utente aborda a falta de carinho que sente *“já não me abraçam há anos, sinto falta de carinho, mas não o sei pedir”*, partilhando que estar ali em grupo a faz sentir parte de algo.

Este grupo partilhou uma preocupação inicial, o receio de falhar, evidenciando receios e medos sobre a doença, reconhecendo a importância do afeto e do valor da vida. É notório a dificuldade de identificar e expressar as emoções e o afeto (alexitimia), traduzindo-se isso em expressões como *“Não sinto nada”, “não consigo exprimir o que sinto”*. Estas expressões traduzem-se em esquemas de pensamento, que são formas de interpretar e avaliar, as “lentes” pelas quais as pessoas associam e interpretam as suas experiências emocionais. As utentes manifestaram dificuldade na compreensão de sensações corporais internas referentes às sensações. Vários estudos, entre os quais os de Ferreira (2005), Silva (2015) e Gameiro (2018) vêm confirmar uma relação positiva entre alexitimia, sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão) e comportamento alimentar.

Nesta sessão, sobretudo na partilha, as utentes conseguiram demonstrar empatia entre si, respeitando o tempo de partilha de cada uma e incentivando-se mutuamente.

**Sessão 2:** Esta sessão tinha como objetivo promover a expressão de emoções e teve como recurso o mediador expressivo pintura. Esta sessão foi recebida com agrado pelas utentes, apesar de algumas dizerem que não sabiam desenhar e terem receio de *“Não fazer nada de jeito”*. Foi-lhes explicado que o desenho poderia ser abstrato, que poderiam desenhar apenas cores ou formas que lhes fizessem sentido (Anexo 2). Estas expressaram dificuldade em representar as emoções *“Eu nem sei bem o que pintar”, “Como vou fazer isto? Eu não consigo...”, “Nem sei se já senti isto, acho que não”*. Revelam ainda algum desconhecimento sobre o que são emoções, confundindo-as com características da personalidade.

Sobre as pinturas destaco algumas frases ditas pelos utentes: *“Quando penso em vergonha penso em mim quando vim para o hospital, com as pessoas daqui (médicos e enfermeiros) a olharem para mim... e eu com os olhos para baixo”, “Quando estou zangada vejo tudo preto, o azul é quando está tudo bem mas está sempre a ser manchado pelo preto”, “o peso da culpa, quando me sinto culpada é como se tivesse um peso em cima de mim que me faz ficar curvada”*. Na avaliação final da sessão todas as utentes expressaram que acharam interessante recorrer à pintura para efetuar esta intervenção e acabaram por pintar coisas que não estavam à espera. De ressaltar que as utentes que optaram por desenhar figuras humanas, representaram-se com formas ovais, o que nos remete para contornos “mais cheios”, por contraposição à sua própria figura, demonstrando as suas perceções um pouco distorcidas. Paulatinamente vão-se clarificando esquemas cognitivos relativos à autoimagem. Algumas utentes apresentaram dificuldades em expressar emoções, mas com alguma persistência expressaram emoções básicas e sociais como: vergonha, raiva, medo, culpa; emoções com um alto pendor negativo e com repercussões na saúde emocional (Goleman, 2010).

**Sessão 3:** Esta sessão teve como objetivo promover a capacidade de reflexão, autoanálise e autoconhecimento, recorrendo-se ao mediador expressivo da escrita. Após leitura do texto *“Quando uma oportunidade está no obstáculo”* as utentes partilharam as suas interpretações do texto *“Penso que nos diz que temos sempre alguma coisa boa, mesmo que não pareça”, “Temos de continuar sempre em frente apesar dos obstáculos”*.

Quando iniciaram a parte de escrever uma história, várias utentes expressaram que não se achavam capazes de escrever: *“Eu não sei escrever nada de jeito, não tenho mesmo jeito para isto”, “Não sei mesmo sobre o que escrever...”*, mas com incentivo do moderador conseguiram completar o que lhes foi pedido. Alguns dos textos tinham um cunho pessoal, onde as utentes se retrataram com as heroínas da história, mas uma das histórias focou um indivíduo masculino, tendo a utente referido: *“fui a única que não me coloquei na história, não gosto de mim, não me consigo ver como heroína de nada”*. Destaco outras expressões que as utentes foram tendo ao longo da partilha dos textos: *“Eu escrevi esta história como gostava que tivesse sido... mas eu não partilho nada com a minha mãe, então ela não me pode ajudar”, “Não sabia que ia escrever isto quando comecei, mas agora estou feliz por ter escrito, esta*

*lembrança fez-me sentir bem, com força”, “A determinação tem de vir de dentro”, “Sinto que vou recuperar se me concentrar mais em mim e menos nos outros”, “Quanto mais tentava aproximar-me dos outros, mais estragava as relações e mais culpada me sentia”.* Nestes trechos ou histórias contadas denotam-se preponderantemente uma baixa de autoestima. Mas, ao mesmo tempo, algumas foram um pouco mais arrojadas e encontraram alguma surpresa no que tinham escrito e no confronto de ideias e pensamentos.

**Sessão 4:** Esta sessão teve como objetivo aumentar o insight para sentimentos e experiências pessoais, recorrendo-se ao mediador expressivo pintura. As utentes receberam com agrado a proposta de pintarem, uma vez que já tinham efetuado uma sessão anterior com recurso a pintura, mas quando lhes foi explicado que teriam de pensar numa situação em que se tivessem sentido empoderadas revelaram não conseguir pensar em nenhuma. Foi explicado previamente o conceito de empoderamento, mas teve de ser explicado novamente ao longo da sessão porque as utentes não o conseguiram entender. No final da sessão confundiam ainda o conceito de empoderamento com felicidade, que pode não vir de si, mas do exterior. Apesar disso, todas efetuaram as pinturas: *“Vou começar pelo mau que é mais fácil”, “Não sei o que pintar neste bom, não tenho nada...”*.

Foi-lhes pedido que efetuassem duas pinturas: uma que retratasse um momento em que se tivessem sentido mais empoderados e outra em que se tivessem sentido mais indefesas (Anexo 2). Na partilha dos desenhos quiseram começar por aqueles que representavam o sentimento de maior incapacidade *“Começamos pelo mau para depois acabarmos em bem, pode ser enfermeira?”*. Das partilhas sobre o momento mais indefeso destaco as expressões: *“Pintei este fundo negro porque é como me sinto... tudo negro cá dentro”, “Se fosse mais magra talvez gostassem de mim... mas nunca fiquei bem o suficiente”, “Ver a vida que estou a deixar passar sem conseguir fazer nada”, “Quando vim para o hospital... tive de obedecer aos meus pais, eu não queria, senti-me muito pequena, sem controlo”, “É como uma bola de neve que não consigo parar”, “Senti-me mal porque sei que só penso em comida, não sei o que se passa com os outros”*. Das partilhas sobre o momento de maior empoderamento destaco: *“Vi ali uma oportunidade para viver, para mim, para ficar curada”, “Podia ir a todo o lado, sem precisar de ninguém... senti-me tão orgulhosa de mim”, “Senti que podia conquistar o mundo, fazer tudo o que quisesse”, “quando decidi pedir para ficar*



*internada senti-me poderosa, senti que estava a escolher viver, ficar bem*". Expressar emoções e opiniões resulta das indissociáveis experiências afetivo-culturais, que são/foram essenciais para o desenvolvimento da pessoa e não se podem desligar da capacidade de gerir os processos emocionais adaptativos ou (des)adaptativos, nas diversas formas em que se desenha a complexidade da vida. Algumas utentes, ao longo das sessões, de forma suave, conseguiram abordar o vazio afetivo, dificuldades ligadas às sensações e, com predominância, emoções mais tóxicas.

### **3.2.2. Apresentação e discussão dos resultados dos indicadores de resultado NOC em contexto de internamento hospitalar de psiquiatria**

Apresentam-se os resultados dos indicadores de resultado NOC, apresentados sob a forma de escalas tipo likert com afirmações relativos à autoestima, estratégias de coping, autopercepção, humor e controle da ansiedade, relativamente à sua evolução em cada intervenção terapêutica (apêndice 4).

<b>Indicadores</b>	<b>Avaliação Inicial 1ª Sessão</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Avaliação Final 4ª Sessão</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Autoestima</b>	10,6	3,36	13,6	4,28
<b>Coping</b>	9,4	2,88	13,4	2,7
<b>Auto percepção</b>	9,2	1,92	12,2	1,79
<b>Equilíbrio do humor</b>	6,4	2,19	8,8	1,92
<b>Controlo ansiedade</b>	8,2	3,7	11,4	3,13

**Quadro 2 – Resultados da escala de indicadores NOC do contexto de internamento hospitalar**

Com os resultados obtidos foi possível observar que, ao longo das sessões, houve uma evolução dos valores médios entre a primeira e última sessão neste grupo de utentes relativamente aos indicadores NOC. Os valores médios mais elevados situam-se ao nível da autoestima e estratégias de Coping e os resultados médios mais baixos situam-se nos indicadores que se relacionam com o equilíbrio do humor, o controle da ansiedade e a autopercepção. O valor do desvio padrão maior situa-se na autoestima (com valores muito dispersos) e há uma menor dispersão de dados no indicador autopercepção, ou seja, esta variável / indicador apresenta maior uniformidade dos dados. Esta situação de DCA caracterizado pela anorexia nervosa, doença com uma forte componente psicológica, apresenta um conjunto de fatores emocionais, psicológicos e neurológicos que, na sua globalidade, causam

incapacidade de autocontrolo e de reconhecimento da sua situação clínica, traduzindo-se na dificuldade de autopercepção, no reconhecimento e aceitação da sua imagem. Esta situação está de acordo com Silva (2018) que afirma que as pessoas com anorexia nervosa apresentam bastante resistência à mudança, reportando sentimentos de ambivalência em relação à cura por estarem muito ligadas à sua doença. Estas podem ainda apresentar resistência ao tratamento devido à negação da doença ou porque o distúrbio foi a forma que encontraram para lidar com emoções e experiências difíceis, podendo os benefícios de o manter compensarem os custos (APA, 2014; Preyde et al, 2016; Foye, Hazlett & Irving, 2019; Fitzpatrick et al, 2019). Os resultados obtidos podem estar relacionados com o trabalho que se efetuou com as utentes para aumentar o seu autoconhecimento, desenvolvimento da capacidade de expressão e, também, com o aumento do aporte nutricional e consequente aumento de peso que, de acordo com a literatura, faz com que estas utentes se encontrem mais aptas para apreender o que lhes é dito, bem como, envolverem-se mais com os tratamentos implementados.

O indicador “controlo da ansiedade” foi o que teve scores mais baixos, relacionando-se isso com a dificuldade que as utentes tinham em controlar os seus momentos de maior ansiedade e em planear estratégias de Coping perante essas situações. A pessoa com anorexia nervosa tem dificuldade em definir a sua identidade pessoal, processar e reconhecer as suas emoções (alexitimia) bem como, dificuldade em avaliar as emoções manifestadas por outras pessoas. Por tudo isso, apresentam dificuldade em estabelecer e manter relações sociais significativas, tendendo para o isolamento social (Foye, Hazlett & Irving, 2019; Silva, 2018; Claudat & Lavender, 2018). Todas as utentes referiam incapacidade para lidar com emoções mais fortes e, para as evitar, recorriam a estratégias de *coping* menos adequadas, mas onde se sentiam mais confortáveis (exercício em excesso, comportamentos purgativos ou restritivos) e, ao partilharem as suas histórias em grupo, referiram sentir-se apoiadas e compreendidas. A alexitimia surge muito associada às DCA, tendo uma prevalência entre os 23% a 77% em pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa (Foye, Hazlett & Irving, 2019). A alexitimia refere-se a um défice no processamento cognitivo das emoções, onde a pessoa tem uma capacidade reduzida para identificar, regular e comunicar emoções, dificuldade em distinguir entre sentimentos e emoções corporais, imaginação restrita e uma forma de pensar externamente orientada. Estas pessoas

têm ainda dificuldades no reconhecimento de emoções positivas e negativas (Preyde *et al*, 2016).

Ao longo das sessões, as utentes foram relatando conseguir participar e refletir mais sobre as suas ações, apesar de ainda terem dificuldade em pensar sobre as emoções. Foi possível ainda verificar-se um maior envolvimento do grupo, apoiando-se mutuamente quando uma das utentes partilhava algo mais difícil e socializando mais fora das sessões. No que concerne ao empoderamento, as utentes referem sentir pouco controlo sobre a sua vida, pensamentos ou ações, referindo muitas vezes sentir-se condicionadas pela doença. Durante as sessões foram demonstrando maior capacidade para refletir sobre o seu futuro, as mudanças que queriam implementar na sua vida e dando mais importância à socialização.

#### IV. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ao longo dos estágios foi possível desenvolver competências gerais e específicas que permitiram o desenvolvimento do projeto enquanto futura EEESMP. Este percurso foi iniciado desde o ingresso no curso, passando pelos estágios nos diferentes contextos e continuando pelo percurso enquanto profissional. Este relatório espelha todo o percurso de estágio, a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, aumento do autoconhecimento e desenvolvimento de competências enquanto profissional de enfermagem.

Apesar de, atualmente, exercer funções num serviço de internamento de psiquiatria sei que tenho ainda competências a desenvolver. Seguindo o modelo proposto por Benner (2001), passamos por cinco níveis sucessivos de proficiência no decurso do desenvolvimento de competências, com o objetivo final de chegar ao nível de perito. Do pensamento mais rígido e limitado do enfermeiro iniciado vamos evoluindo, através da prática e do investimento na nossa formação pessoal, até chegar ao nível de perito onde conseguimos fazer uma avaliação da situação de um modo global, chegando ao fundo do problema de uma forma mais rápida, sem ter em conta diversas considerações inúteis.

Tendo em conta o Regulamento de competências específicas EEESMP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2018, devemos desenvolver conhecimentos, capacidades e várias intervenções para atingir as competências específicas. Assim, são apresentadas cada uma das competências e forma como foram desenvolvidas ao longo deste percurso:

1ª competência - ***detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*** - desenvolvida através de autorreflexões acerca das diversas experiências que ocorreram nos contextos de estágio, a forma como as situações e experiências me afetavam, os sentimentos que despoletavam e a forma de atuação. Estas reflexões eram efetuadas de forma escrita e, muitas vezes, através de partilha com os orientadores clínicos. Outra ferramenta importante para o aumento do autoconhecimento foi o jornal de aprendizagem, seguindo o ciclo de Gibbs, que permite a operacionalização, de uma

forma mais consistente, do pensamento e a compreensão de como poderíamos atuar no futuro perante uma situação semelhante (Apêndice 6).

A reflexão requer prática, mas revela-se uma ferramenta essencial para a prática da profissão uma vez que nos dota de uma maior autoconsciência, fornecendo uma visão mais abrangente de nós enquanto pessoas, profissionais e da nossa forma de atuação junto dos utentes. Chalifour (2009) refere que é essencial que o terapeuta tenha um conhecimento profundo de si, estando consciente dos seus sentimentos e aceitando-os, contribuindo isso para o desenvolvimento da relação terapêutica. O desenvolvimento da consciência emocional vai ao encontro do preconizado por Goleman (2000), uma vez que me permitiu uma maior compreensão das minhas emoções, influenciando isso o meu desempenho pessoal, profissional e a minha capacidade para compreender as emoções dos outros. À medida que fui desenvolvendo mais a minha capacidade para refletir criticamente sobre a forma como estou e vejo os outros, fui conseguindo estar mais autenticamente na relação com os utentes, foi-me mais fácil estabelecer relações terapêuticas e senti que conseguia monitorizar com mais eficiência as situações que despertavam sentimentos menos positivos em mim, trabalhando esses sentimentos para que não interferissem na relação que estava a estabelecer.

A capacidade para refletir assume-se como uma ferramenta importante para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro. Nunes (2013) refere que *“o que verdadeiramente importa é que a reflexão conduza à ação e que esta reconduza à reflexão, como meio e modo de descristalizar as nossas condutas”* (p.4). Podemos entender que ao refletir sobre a nossa prática, tentando perceber como se poderia ter atuado de melhor forma ou reconhecendo o que se fez bem, conseguiremos desenvolver cada vez mais os cuidados prestados. Foi possível identificar alguns processos de transferência e contratransferência no contato com os utentes. Os processos de contratransferência foram bastante trabalhados no contexto de internamento, no contacto com as utentes com DCA uma vez que entendi que o meu discernimento era por vezes toldado pela forma como estas utentes expressam o seu sofrimento, tendo de trabalhar comigo própria a necessidade de constante monitorização, vigilância e imposição de regras com estas utentes. Esta é uma competência em permanente construção. Fez com que me questionasse diversas vezes e que tivesse de olhar mais atentamente para mim, enfrentando as minhas características positivas e negativas, mas sinto que foi fundamental para que o meu

percurso como futura EEESMP fosse possível. Esta competência está em contínuo desenvolvimento e seria ideal que pudéssemos ter momentos de supervisão e reflexão no nosso local de trabalho, junto dos colegas de equipa, que permitissem não só o desenvolvimento de toda a equipa como a melhoria dos cuidados prestados no geral.

Durante o estágio, foi possível assistir a uma formação no âmbito das DCA que foi ministrada por enfermeiros do serviço de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia. Apesar de o estágio efetuado não ter incidido sobre a pedopsiquiatria, foi uma formação que alertou sobre o que se deve estar atento quando se está em contato com pessoas que sofrem de DCA, bem como as melhores formas de abordagem e a importância do apoio psicológico, agregado à nutrição. Esta formação contribuiu para a aprendizagem enquanto futura especialista uma vez que deu algumas ferramentas básicas para trabalhar com um grupo tão específico de uma forma mais orientada. Foi também possível participar da formação *+Contigo* (formação com duração de 21 horas), que permitiu o treino de competências relacionais com pessoas com comportamentos autolesivos ou risco de suicídio. Apesar de ser uma formação mais dirigida ao trabalho com crianças em idade escolar, a formação teórica aumentou o conhecimento relativamente ao tema de comportamentos autolesivos e forneceu ferramentas para lidar com pessoas que apresentem este tipo de comportamentos.

2ª competência - ***assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*** - desenvolvida ao longo de todo o estágio através das entrevistas efetuadas aos utentes, tanto as de acolhimento como de seguimento, e que permitiram conhecer as pessoas de forma mais abrangente. A participação em reuniões familiares, tanto no contexto de ambulatório como no internamento, foi bastante vantajosa por permitir o conhecimento, em maior profundidade, do contexto familiar onde a pessoa se insere. A família/pessoa significativa são um pilar importante no desenvolvimento e estabilização da pessoa, pelo que se torna fulcral integrá-la nos cuidados, tanto durante o internamento como no ambulatório. Ambos os contextos permitiram o desenvolvimento de capacidades de observação e análise, muito importantes para se efetuar avaliações do estado mental. Foi efetuado um estudo de caso no contexto de ambulatório (Apêndice 5) que permitiu avaliar em maior profundidade as problemáticas e o desenvolvimento de um

utente, com o objetivo de identificar as suas necessidades mais prementes, de forma a conseguir efetuar e implementar um plano de cuidados dirigido.

O treino das entrevistas foi importante para o desenvolvimento enquanto futura EEESMP, tendo sido uma competência onde detetei que necessitava de evoluir. A supervisão por parte dos orientadores clínicos nas primeiras entrevistas foi importante para o aumento dos meus conhecimentos e segurança.

3ª competência - ***ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*** - desenvolvida pela identificação das necessidades da pessoa através do diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que vão ao encontro dos objetivos de saúde da pessoa, inserida numa comunidade. Durante as entrevistas efetuadas às diferentes pessoas com quem pudemos contactar, foram efetuados levantamentos das suas necessidades de cuidados que permitiram o planeamento dos cuidados de enfermagem. No contexto comunitário, no acolhimento ao utente, é este quem define qual o seu objetivo de cuidado, encetando a equipa esforços em conjunto para o/a ajudar a atingi-lo. A avaliação das necessidades dos utentes é efetuada diariamente e, em equipa multidisciplinar, são discutidas as estratégias de cuidado que devem ser implementadas. Pensamos ser uma forma muito positiva e vantajosa de se prestar cuidados, uma vez que toda a equipa se move por um objetivo comum e evita situações de clivagem. Neste contexto existe o terapeuta de referência, que pode ser qualquer pessoa da equipa multidisciplinar, o que se revela bastante benéfico no acompanhamento mais personalizados dos utentes. No contexto de internamento, pela especificidade do departamento, o objetivo terapêutico é definido pelo psiquiatra. Apesar disso, sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo está com os utentes, é possível traçar um plano de cuidados individual, tendo em conta todos os cuidados comuns que têm de ser implementados, mas nunca esquecendo a individualidade de cada pessoa. Foi-me dada a oportunidade, em ambos os contextos, de poder implementar cuidados como um elemento da equipa de saúde e sei que fui vista pelos utentes como alguém a quem poderiam recorrer quando precisavam de algum esclarecimento ou para falar. A participação nas reuniões multidisciplinares permitiu ter uma visão mais abrangente do trabalho desenvolvido nos dois contextos e, através disso, foi possível desenvolver uma maior destreza para comunicar com os diferentes

profissionais. Relativamente à promoção da saúde mental, penso ter conseguido isso através das intervenções planeadas e implementadas, através do esclarecimento de dúvidas e da abordagem a diferentes assuntos que pudessem ser importantes para os utentes, aumentado a sua literacia em saúde mental (e.g. falar sobre a patologia e seus determinantes, medicação, alimentação, autoconceito, autoestima, entre outros).

4ª competência - ***presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*** - desenvolvida através da implementação do projeto de estágio. Foram efetuadas intervenções socio terapêuticas, visando a auto consciencialização, o desenvolvimento da capacidade de regulação emocional e a auto percepção positiva. Procedeu-se a pesquisas nas bases de dados, com informação atualizada, baseada em evidência científica e em literatura cinzenta, possibilitando o planeamento das sessões e implementação de cuidados especializados. As sessões planeadas visaram, também, responder às necessidades do grupo sendo, por vezes, necessário adequar as atividades planeadas aos utentes que iriam participar. As competências de gestão de grupo desenvolvidas são uma mais valia para o desenvolvimento enquanto futura EEESMP, tendo sido possível perceber que a gestão de grupos terapêuticos se reveste de uma grande complexidade. Para o desenvolvimento desta competência foi essencial a ajuda e os conhecimentos das enfermeiras orientadoras, tanto clínicas como académica, que foram demonstrando formas de melhorar as intervenções e alertando para os princípios orientadores e as questões a que se deve estar atento na dinamização de um grupo. A reflexão efetuada junto dos orientadores clínicos, logo após a implementação de cada sessão, revelou-se muito importante para o desenvolvimento desta competência uma vez que era possível perspetivar melhor o que deveria ser mais trabalhado e os aspetos a que poderia dar mais atenção no futuro.



## **V. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DO TRABALHO**

Na implementação do projeto foi possível aplicar os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Foi solicitada a permissão nas instituições para a realização do projeto. Como tal, foi apresentado e discutido o projeto nos contextos onde se pretendia implementar. Antes de efetuar qualquer intervenção foram explicitados os objetivos de cada sessão para que os utentes pudessem dar o seu consentimento, livre e esclarecido, sobre a sua participação nas atividades. Foi respeitada a confidencialidade e a privacidade de todos os utentes, não sendo partilhada informação sensível fora do grupo e protegidas as suas identidades em todos os trabalhos académicos efetuados. Foram escolhidos locais que permitiram a participação nas sessões e implementação do programa, a oportunidade de dar apoio e acompanhamento, sempre com apoio dos orientadores.

Muitos estudos apontam que programas de intervenção na doença mental apresentam uma maior eficácia com um maior número de sessões, sobretudo em pessoas com doença mental grave. Pensamos que o programa realizado em ambos os contextos detiveram um reduzido número de sessões devido à limitação temporal do estágio, mas é possível concluir que a aprendizagem foi grande. Refletimos sobre o programa e sobre as avaliações com os elementos da equipa e foi possível compreender os benefícios das pessoas que usufruíram das intervenções incluídas neste projeto, sendo possível ver o potencial de programas mais extensos que permitam que a pessoa vá construindo perspetivas positivas sobre si (com redução do auto estigma e estigma social, o aumento do autoconhecimento, regulação emocional e capacidade de tomada de decisão).

Pensamos que estes programas de desenvolvimento de competências mais amplos são mais eficazes para um trabalho mais efetivo, pois estas temáticas exigem um maior número de sessões, com atividades que recorram a várias técnicas: de redução da ansiedade, mediação corporal, técnicas expressivas, trabalho com a comunidade, que permitam identificar capacidades, dificuldades e promover o potencial para se desenvolver.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS FUTURAS

Este projeto de estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permitiu o desenvolvimento das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e eleger as competências pessoais e interpessoais de autorregulação e o empoderamento na intervenção da pessoa com experiência de doença mental.

Neste enquadramento colocou-se a questão de partida: Que intervenções pode o EESMP realizar para promover a regulação emocional e o empoderamento da pessoa com doença mental?

Com base no enquadramento e nos resultados de diversos investigadores e na prática clínica, verificamos que as intervenções com recurso a mediadores expressivos em grupo tinham um valor comunicativo integrador e facilitador da aprendizagem ao promover uma melhor auto compreensão e um sentimento profundo de ser compreendido pelos outros. Os mediadores expressivos permitem que a pessoa se consiga expressar, comunicar e compreender mais profundamente as suas emoções (Price, 2009; Ferraz, 2009).

Um dos objetivos do plano terapêutico era que a pessoa com doença mental funcionasse de um modo mais eficaz, reconhecendo a situação que estava a viver, os cuidados que necessitava e como podia participar na manutenção do seu projeto terapêutico.

As DCA estão associadas a distúrbios emocionais, psicológicos, físicos e espirituais graves, tendo impacto na pessoa, família e comunidade (Bouça, 2014; Culbert, Racine & Klump, 2015; Preyde *et al*, 2016; Carvalho *et al*, 2016).

A análise da pesquisa e dos resultados do projeto confirmam a importância de ter desenvolvido intervenções psico e socioterapêutica, psicoeducativas e psicossociais e muito em especial intervenções terapêuticas com utilização de mediadores expressivos.

Estas foram importantes na realização de um trabalho de resignificação e orientação do Eu, do autoconceito e da dimensão emocional, que apoiam a pessoa nas respostas a algumas questões ligadas à sua identidade, questões como: Quem sou eu? Como melhorar a minha imagem? Como quero ser no futuro? Como interagir com os outros?

A regulação emocional, entendida como a capacidade que envolve um conjunto de estratégias, internas e externas, que adequam a magnitude e/ou o tipo de emoções

experienciadas, é uma competência que, independentemente dos resultados obtidos, deve ser trabalhada ao longo da vida.

O empoderamento é uma questão complexa e multidimensional, que envolve uma mudança na postura dos cuidadores, dos utentes, familiares e outros grupos. Passa pela capacitação de competências pessoais e interpessoais, através da literacia em saúde mental e emocional, bem como outras atividades que permitam o desenvolvimento da saúde mental e da cidadania. Este processo implica um reforço do poder e acreditar na clara vontade da pessoa ser capaz de agir e ser ator dos seus próprios cuidados, com proatividade e compromisso. Este é um aspeto que carece de tempo e um maior desenvolvimento no âmbito da reabilitação psicossocial por parte das instituições, com projetos articulados e estruturados com diversos serviços na comunidade (emprego, desporto, casa). A reabilitação psicossocial, nestes serviços de psiquiatria, passou pela psicofarmacologia e por um processo de desenvolvimento de várias competências pessoais e interpessoais.

A realização do estágio em contexto comunitário e de internamento psiquiátrico facilitaram a realização de intervenções promotoras de competências comunicacionais e socio emocionais. Neste contexto, os utentes prosseguiram o programa de reabilitação psicossocial, onde foi possível verificar uma maior estabilização, uma subida da autoestima e uma maior perceção de si. Os resultados das intervenções refletiram uma vontade em atualizar as suas capacidades cognitivo-volitivas e a criação de alternativas.

No internamento psiquiátrico, o projeto terapêutico apresenta uma abordagem cognitivo comportamental com o grupo de utentes com DCA. Na entrada há um corte com as atividades e rotinas do exterior (familiares, escolares e laborais). As utentes foram ganhando expressividade à medida que se estabelecia o cumprimento do plano, o ganho de peso e a recuperação da massa corporal, embora a tomada de consciência sobre as sensações corporais que acompanhavam as emoções e a sua identificação tornou-se mais difícil. As narrativas ao longo das sessões psicoterapêuticas expressaram uma centralização na doença, verbalizado como se de uma “sombra” se tratasse e sempre a acompanhar a pessoa. Foi notório também a dificuldade de expressão emocional, com impacto psicossomático.

As intervenções psicoterapêuticas permitiram trabalhar os pensamentos recorrentes sobre a doença, os comportamentos, o autoconceito (a autoestima, a

autoimagem, a autoconfiança), a gestão emocional e a importância do empoderamento.

A orientação para as competências emocionais e o empoderamento, abrangeram múltiplos aspetos da personalidade da pessoa que vão da diversidade e complexidade dos processos cognitivos e emocionais, das capacidades sociais, da motivação e da capacidade criativa para a resolução de problemas.

O empoderamento contempla um trabalho de reestruturação cognitiva e emocional, desenvolvendo a harmonia entre as percepções do Eu, a regulação emocional, o controle de fatores pessoais e externos e desenvolver perspectivas e um projeto pessoal de futuro.

Neste processo, o recurso a mediadores expressivos (música, filme, pintura, escrita, leitura de textos), para efetuar as intervenções sócio terapêuticas, vieram contribuir para o desenvolvimento de estratégias de *Coping* positivas, além de promoção da coesão grupal, contribuíram na modificação da autoimagem, alicerçada no autoconceito (ao perceber e acomodar as informações sobre si e receber novas informações que eram para si desconhecidas, a partir de construtos partilhados com implicações para a autoconsciência, desenvolvimento cognitivo e comportamental e um maior empoderamento pessoal).

Nestas intervenções o feedback construtivo dos elementos do grupo, e do facilitador, contribuíram para o desenvolvimento de novas perspectivas sobre as suas experiências e ajudaram a desenvolver narrativas pessoalmente mais significativas. Estas assumem-se como estratégias importantes para promover a mudança, ajudar a pessoa a aumentar o seu autoconhecimento e a efetuar mudanças necessárias no seu comportamento social (Guerra, Lima & Torres, 2013).

Como perspectiva de futuro pensamos que a criação de espaços de reflexão e partilha de sentimentos, de formação e supervisão nos serviços de saúde mental e psiquiatria, é uma mais valia para aumentar o autoconhecimento e promover mudança de atitudes dos profissionais e a melhoria dos cuidados. A divulgação do projeto (na equipa, congressos e em forma de artigo) será outro objetivo a atingir.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, P. (2018). Biblioterapia em contexto terapêutico de reabilitação psicológica e psicossocial em saúde mental. *Hospitalidade*(82), 19-31.
- Antoñanzas, J. (2017). The relationship between psychopathology and emotional intelligence in adolescents and adults. *Procedia - Social and behavioral sciences*(237), 7093-7096. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/314714188\\_The\\_Relationship\\_Between\\_Psychopathology\\_and\\_Emotional\\_Intelligence\\_in\\_Adolescents\\_and\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/314714188_The_Relationship_Between_Psychopathology_and_Emotional_Intelligence_in_Adolescents_and_Adults)
- Arndt, E., & Fujiwara, E. (2014). Interaction between regulation and mental health. *Austin journal of psychiatry and behavioural science*, 1(5), 1-8. Obtido de <https://austinpublishinggroup.com/psychiatry-behavioral-sciences/fulltext/ajpbs-v1-id1021.php>
- Baudry, A.-S., Grynberg, D., Dassonneville, C., Lelorain, S., & Christophe, V. (2018). Sub-dimensions of trait emotional intelligence and health: A critical and systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Psychology*(59), 206-222. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sjop.12424>
- Benner, P. (2001). *De iniciada a perita*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berg-Cross et al. (1990). Cinematherapy: theory and application. *Psychotherapy in private practice*, 8(1), 135-157. Obtido de [https://doi.org/10.1300/J294v08n01\\_15](https://doi.org/10.1300/J294v08n01_15)
- Bouça, D. (2014). Doenças do comportamento alimentar. Em M. Figueira, D. Sampaio, & P. Afonso, *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 241-259). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Cabete, D. (2011). *Autonomy and empowerment of hospitalised older people: A portuguese case study*. Northumbria University: Tese de doutoramento. Obtido de [http://nrl.northumbria.ac.uk/2623/1/cabete.dulce\\_phd\\_volume1.pdf](http://nrl.northumbria.ac.uk/2623/1/cabete.dulce_phd_volume1.pdf)
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Carvalho, et al. (2016). Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. *Ciência e saúde coletiva*, 21(8), 2463-2473. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2463.pdf>
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Chou, Kuei-Ru, et al. (2012). Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 26(4), 285-294.
- Claudat, K., & Lavender, J. (2018). An introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating disorders*, 26(1), 1-4. doi:10.1080/10640266.2018.1418281
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. (2011). Intervenção precoce na psicose: Primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta médica portuguesa*, 24, 117-126. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/51218490\\_Early\\_intervention\\_in\\_psychosis\\_first-episode\\_psychosis\\_and\\_critical\\_period](https://www.researchgate.net/publication/51218490_Early_intervention_in_psychosis_first-episode_psychosis_and_critical_period)
- Coqueiro, F., Vieira, R., & Freitas, M. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 859-862. Obtido de [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600022&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600022&lng=pt&tlng=pt)
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/26465005\\_O\\_estudo\\_de\\_caso\\_na\\_investigacao\\_em\\_Tecnologia\\_Educativa\\_em\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/26465005_O_estudo_de_caso_na_investigacao_em_Tecnologia_Educativa_em_Portugal)
- Culbert, K., Racine, S., & Klump, K. (2015). What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological and biological research. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(11), 1141-1164. Obtido de <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.12441>
- Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e debates, Círculo de Leitores.
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de espinoza*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- Damásio, A. (2017). *A estranha ordem das coisas: A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. Lisboa: Circulo de Leitores.

- Damásio, A. (2017). *O sentimento de si - Corpo, emoção e consciência*. Lisboa: Circulo de Leitores.
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Fernandes, L. (2015). *A promoção do empowerment através da habitação independente e do emprego para pessoas com experiência de doença mental*. Lisboa: Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em psicologia - especialidade em psicologia comunitária do ISPA. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3966/1/13918.pdf>
- Fernandes, M. (2012). *"O refúgio da escrita": Processo terapêutico da escrita em pessoa*. Lisboa: Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em psicologia - especialidade clinica do ISPA. Obtido de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2605/1/14628.pdf>
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Ferreira, S. (2005). *O corpo e o silêncio das emoções: Estudo da alexitimia na anorexia nervosa*. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Psicologia: Faculdade de psicologia e de ciências da educação - Universidade do Porto. Obtido de [https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=29384](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29384)
- Fitzpatrick, S., MacDonald, D., McFarlane, T., & Trottier, K. (2019). An experimental comparison of emotion regulation strategies for reducing acute distress in individuals with eating disorders. *Canadian journal of behavioural science*, 51(2), 90-99. Obtido de <https://doi.org/10.1037/cbs0000119>
- Flower et al. (2014). Interprofessional social and emotional intelligence skills training: study findings and key lessons. *Journal of interprofessional care*, 28(2), 157-159. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2013.847407?journalCode=ijic20>
- Foye, U., Hazlett, D., & Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. *Eating an weight disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity*, 24, 299-306. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>

- Fragoso, V., & Chaves, M. (2012). *Educação emocional para seniores*. Viseu: PsicoSoma.
- Fusar-Poli, et al. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*(31), 33-34. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X19318693>
- Gameiro, P. (2018). *Alexitimia, comportamentos alimentares, esquemas emocionais e sintomas psicopatológicos em adultos*. Coimbra: Tese submetida para obtenção do grau de mestre em psicologia clinica - area de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais do ISMT. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/859>
- Gardner, H. (1998). A multiplicity of intelligences. *Scientific American*(9), 19-23.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem - Dos fundamentos à pratica profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com a inteligência emocional* (2 ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2010). *La salud emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional* (17 ed.). Maia: Temas e Debates.
- Goleman, D. et al. (2019). *Inteligência emocional: Autoconsciência*. Coimbra: Conjuntura Actual Editora.
- Guerra, M., Lima, L., & Torres, S. (2013). *Intervir em grupos na saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psycgiatry*, 10(113), 1-9. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Haeyen, S. (2018). *Art therapy and emotion regulation problems: Theory and workbook*. Palgrave Macmillan: Suíça.
- Halvorsen, et al. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling*, 1-9. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
- International Council of Nurses. (2017). *Enfermeiros: uma voz de liderança - Alcançar os objectivos de desenvolvimento sustentável*. Suíça: ICN. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KitDIE2017\\_VF\\_COM%20CAPA.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KitDIE2017_VF_COM%20CAPA.pdf)



- Jorm, A. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorder. *British journal of psychiatry*, 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Kim, H., & Kim, J. (2018). Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 278-284. Obtido de [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30471-5/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30471-5/fulltext)
- Kotsu, I., Nelis, D., Grégoire, J., & Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: Conditions and effects of improving emotional competence in adulthood. *Journal of applied psychology*, 96(4), 827-839. doi:10.1037/a0023047
- Laland, L., King, R., Bambling, M., & Schweitzer, R. (2017). An uncontrolled clinical trial of guided respiration mindfulness therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of contemporary psychotherapy*, 47(4), 251-258. Obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-017-9360-0#citeas>
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova Iorque: Springer.
- Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, T. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Levy, P., & Coentre, R. (2014). Primeiro episódio psicótico. Em Figueira, Sampaio, Afonso, & (Coord), *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 149-160). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Malchiodi, C. (2005). *Expressive therapies*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Manso, F. (2009). *O cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na vivência do enfermeiro*. Lisboa: Dissertação apresentada a concurso de provas públicas para professor coordenador da carreira de pessoal docente do ensino superior politécnico na área científica de enfermagem de saúde mental e psiquiatria da escola superior de enfermagem de lisboa.
- Mariano, C. (2007). Holistic nursing: scope and standards of practice (chapter 2). *Jones and Bartlett Publishers*, 59-84. Obtido de [http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632\\_CH02\\_Pass1.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH02_Pass1.pdf)
- Martskvishvili, K., & Mestvirishvili, M. (2014). The relationship between emotional intelligence and personality disorder symptomatology. *Problems of psychology*

- in the 21st century, 143-151. Obtido de [http://www.scientiasocialis.lt/ppc/node/files/pdf/143-151.Martskvishvili\\_Vol.8-2\\_ppc.pdf](http://www.scientiasocialis.lt/ppc/node/files/pdf/143-151.Martskvishvili_Vol.8-2_ppc.pdf)
- Miguel, M., Ornelas, J., & Maroco, J. (2015). Defining psychological empowerment construct: Analysis of three empowerment scales. *Journal of community psychology*, 43(7), 900-919. doi:10.1002/jcop.21721
- Mikolajczak et al. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653-667. doi:10.1037/emo0000034
- Mitchell, D. (2004). *Stress, coping and appraisal in an HIV-Seropositive rural sample: A test of the goodness-of-fit hypothesis*. Ohio: Tese para obtenção do grau de mestre em ciências no College of arts and sciences of Ohio university. Obtido de [https://etd.ohiolink.edu/!etd.send\\_file?accession=ohiou1103225821&disposition=inline](https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=ohiou1103225821&disposition=inline)
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial intervention within acute inpatient setting. *International journal of mental health nursing*(18), 83-90. Obtido de <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x>
- Neuman, B., & Fawcett, L. (2010). *The Neuman system model* (5ª ed.). United States of America: Pearson.
- Ntshingila, N., Temane, A., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2016). Facilitation of self-empowerment of women living with borderline personality disorder: A concept analysis. *Health SA Gesondheid*, 21, 437-443. Obtido de <https://doi.org/10.4102/hsag.v21i0.1006>
- Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem - "cinco estrelas" revisitadas. *VIII Encontro de enfermagem do centro hospitalar Leiria-Pombal* (pp. 1-14). Leiria: 10 de outubro, 2013. Obtido de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem\\_LN%20Out%202013.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf)
- Oliva et al. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivocomportamentais. *Revista de psiquiatria clinica*, 37(3), 138-144. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n3/v37n3a08.pdf>

- Oliveira, A., & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*(30), 227-234. Obtido de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11347/11069>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Assembleia de colégio de especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Assembleia extraordinária - 4ª Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 1-18). Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_smp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o\\_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica\\_auscul%C3%A7%C3%A3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadr%C3%A3o-documenta%C3%A7%C3%A3o_enfermagem-sa%C3%BAde-mental-e-psiqui%C3%A1trica_auscul%C3%A7%C3%A3o_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de agosto de 2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República, 2ª série - nº151: 21427-21430. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/115893874>
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Genebra: WHO. Obtido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43027/924159215X\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43027/924159215X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention. *WHO european ministerial conference on mental health - Facing the challenges, building solutions* (pp. 1-7). Helsinquia: WHO. Obtido de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)
- Palha, M. (2016). *Uma caixa de primeiros socorros das emoções*. Lisboa: Manuscrito.

- Pearson, M., & Wilson, H. (2009). *Using expressive arts to work with mind, body and emotions. Theory and practice*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Preyde, M., Watson, J., Remers, S., & Stuart, R. (2016). Emotional dysregulation, interoceptive deficits and treatment outcome in patients with eating disorders. *Social work in mental health*, 14(3), 227-244. doi:10.1080/15332985.2014.990076
- Price, S. (2009). *Creative Healing: An Expressive art therapy curriculum designed to decrease the symptoms of depression and anxiety*. Prescott College: Tese de mestrado em artes do Prescott College in counseling and psychology. Obtido de <https://pqdtopen.proquest.com/doc/305149080.html?FMT=AI>
- Ramos, N., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition and Emotion*(4), 758-772. doi:10.1080/02699930600845846
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients participation in health care: A cross-sectional population-based study. *BMC geriatrics*, 1-15. doi:10.1186/s12877-017-0448-x
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 185-211. doi:10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J., & Mayer, J. (1999). Coping intelligently - Emotional intelligence and the coping process. Em Snyder, *Coping: The psychology of what works* (pp. 141-164). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Salvador, M., Rodrigues, C., & Carvalho, E. (2008). Emprego do relaxamento para o alívio da dor em oncologia. *Revista da rede em enfermagem do nordeste*, 9(1), 120-128. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027961015.pdf>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 103-108. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a17.pdf>
- Seal, F. (2004). Cinema therapy: Unique psychotherapy technique. *Positive health*(100), 9-11. Obtido de

<http://www.positivehealth.com/article/psychospiritual/cinema-therapy-unique-psychotherapy-technique>

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A. (2018). *Anorexia nervosa - Revisão integrativa da literatura*. Escola Superior de enfermagem do Porto: Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem - especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/25776>
- Silva, S. (2015). *A alexitimia na categorização de emoções em expressões faciais dinâmicas*. Aveiro: Tese submetida para obtenção do grau de mestre em Psicologia da saúde e reabilitação neuropsicológica da universidade de Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/15615/1/A%20alexitimia%20na%20categoriza%C3%A7%C3%A3o%20de%20emo%C3%A7%C3%B5es%20em%20express%C3%B5es%20faciais%20din%C3%A2micas.pdf>
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. Lisboa: Reichman e Affonso Editores.
- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour change*, 25(2), 71-84. doi:10.1375/bech.25.2.71
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica* (6 ed.). Loures: Lusociência.
- Tukhareli, N. (2017). Bibliotherapy-based wellness program for healthcare providers: using books and reading to create a health workplace. *JCHLA/ JABSC*, 44-50. doi:10.5596/c17-010
- Ulman, E. (2001). Art therapy: Problems of definition. *American journal of art therapy*(40), 16-26.
- Van Eck, K., Warren, P., & Flory, K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: Links to emotional and behavioural concerns. *Journal of youth & adolescence*, 136-150. doi:10.1007/s10964-016-0542-y
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 101-110. Obtido de [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988\\_2\\_101.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988_2_101.pdf)
- Veiga Branco, A. (2004). *Competência emocional*. Lisboa: Quarteto.

- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. Em A. Kring, & D. Sloan, *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Nova lorque: The guilford press.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yontz-Orlando, J. (2017). Bibliotherapy for mental health. *Sciedu Press*(2), 67-73. doi: <https://doi.org/10.5430/irhe.v2n2p67>
- Yu-Fen, et al. (2015). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Perspectives in psychiatric care*, 329-336. doi:10.1111/ppc.12184

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO**



ANO	2019													2020					
MÊS	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro			Janeiro				Fevereiro	
<div>Semanas</div> <div>Atividades</div>	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	6	13	20	27	3	10
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	12	19	26	2	9	16
EC Comunidade Hospital de dia			4 S1	18 S2	22 S3	29 S4	8 S5	15 S6	19 S7										
EC Internamento de Psiquiatria															15 1S	22 2S	29 3S	5 4S	
Revisão Crítica da Literatura																			
Desenvolvimento de competências de EEESMP							F1		F2		F3								
Apresentação do projeto às equipas																			
Elaboração do relatório																			
Orientação Tutorial				14				11				9					27		10

## **Legenda:**

**S1** – Sessão 1 “As emoções e eu”

**S2** – Sessão 2 “O meu lugar especial”

**S3** – Sessão 3 “Pedras no meu caminho”

**S4** – Sessão 4 “Somos um grupo e sabemos comunicar”

**S5** – Sessão 5 “Poderoso/Indefeso”

**S6** – Sessão 6 “Divertidamente”

**S7** – Sessão 7 “Orgulho em mim”

**F1** – II Mostra de psicoterapias: dia 9 de novembro 2019

**F2** - Ação de formação "cuidar do doente com distúrbios da alimentação e da ingestão", ministrado por enfermeiros da equipa de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia: dia 27 de novembro 2019

**F3** – Formação “+ contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa”: dias 18, 19 e 20 de dezembro 2019

**1S** – Sessão 1 “Somos um grupo e queremos conhecer-nos melhor”

**2S** – Sessão 2 “Somos um grupo e sabemos exprimir-nos”

**3S** – Sessão 3 “Quando a oportunidade está no obstáculo”

**4S** – Sessão 4 “Poderoso/Indefeso”

**APÊNDICE 2 – PLANOS DE SESSÃO DO CONTEXTO  
COMUNITÁRIO: HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA**

## Sessão 1 – As emoções e eu

**Atividade:** Intervenção expressiva através da pintura

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 4 de outubro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** promover o reconhecimento de sentimentos, facilitar expressão de emoções, proporcionar a reflexão em torno das emoções.

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
<b>Acolhimento</b>	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.  Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
<b>Aquecimento</b>	Cada um dos elementos retira um papel que tem uma emoção inscrita, não mostra a ninguém e tenta fazer a mimica dessa emoção. Os restantes elementos tentam adivinhar	Saco  Papel  Caneta	15min
<b>Desenvolvimento</b>	Os papeis são novamente colocados no saco. Cada um dos utentes retira novamente um papel, não mostra a ninguém, e representa o sentimento através da pintura. Após terminarem, a pintura é exposta na sala.	Saco,  Papel A4,  Lápis de cor,  canetas,  lápis de cera,  Fita-cola	25min
	Cada uma das pinturas será alvo de discussão por parte do grupo onde, num primeiro momento o autor da pintura não diz nada, deixando os restantes utentes falarem sobre o que esta representa para si, tentando adivinhar qual a emoção a que		40min

	corresponde. Num segundo momento, o autor da pintura partilha com o grupo qual é a emoção representada e o porquê de a ter pintado daquela forma		
<b>Finalização</b>	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Sessão 2 – O meu lugar especial**

**Atividade:** Técnica de relaxamento através de imaginação guiada

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 18 de outubro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** ensinar e treinar estratégias de relaxamento como meio para minimizar as emoções negativas, fornecer estratégias para controlo de emoções.

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
<b>Acolhimento</b>	Receber os utentes na sala, dando-lhes tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
<b>Aquecimento</b>	Cada um dos utentes enche um balão de ar e escreve a emoção mais prevalente da semana. Após isso vão lançando os balões no ar até que seja dada a instrução para pararem e aí agarram num balão que não seja o seu. Falam sobre a emoção que está inscrita no balão com que ficaram.	Balões, Marcadores	20min
<b>Desenvolvimento</b>	Relaxamento guiado – “ <i>O seu lugar especial</i> ” (Guerra, Lima & Torres, 2013)	Colchões, Cadeiras, Música ambiente	25min
<b>Finalização</b>	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Guião da Técnica de Relaxamento – O seu lugar especial**

(Retirado de Guerra, Lima e Torres – Intervir em grupos na saúde, 2ªed, 2014, p.391)

Sente-se confortavelmente e feche os olhos.

Suavemente, coloque as suas mãos sobre a sua barriga e comece a respirar profundamente. À medida que vai sentindo as suas mãos a subir e descer, a cada inspiração e expiração, começa a sentir-se mais relaxado.

Respire lenta e profundamente, inspirando devagar e depois deixando o ar sair, sem pressa, ao seu ritmo... deixe que o ar se liberte num suspiro suave... imagine que o ar que inspira transporta para o interior do seu corpo tranquilidade e o ar que expira leva para longe todas as tensões e preocupações.

Suavemente esqueça o tempo, deixe de lado os problemas e preocupações... voltará a eles quando este exercício terminar... conceda a si próprio este tempo... esqueça tudo o resto.

Deixe que as sensações fluam suavemente através do seu corpo, à medida que o vai sentindo progressivamente mais relaxado.

Pense em relaxar cada musculo do seu corpo, desde a cabeça até à ponta dos dedos. Sinta como o seu corpo começa a ficar mais relaxado.

Inspire... e expire. Concentre-se na sua respiração. Observe os sons à sua volta. Estes sons não são importantes... não lhes preste atenção... tudo o que ouvir a partir de agora só vai ajudá-lo a relaxar... à medida que vai expirando, liberta a tensão, o stress e os pensamentos... deixe ir toda essa tensão... sinta todas as preocupações a fugir da sua mente... liberte-se... relaxe.

Na sua imaginação, comece a imaginar um lugar, um lugar especial onde se sente muito bem. Pode ser um lugar real da sua memória ou um lugar que vai criar na sua imaginação. É um lugar onde se sente calmo... em paz... relaxado... um lugar onde está seguro e protegido. O seu lugar especial pode ser na praia... nas montanhas... onde a sua mente o levar. Deve ser o que o faz sentir bem neste momento.

Imagine-se nesse lugar agora... veja-se nesse lugar... respire profundamente e sinta a paz.

Olhe à sua volta... observe tudo acerca desse lugar. Veja as cores... as formas... os sons... esteja atento a qualquer ruído... sinta os cheiros... como é a temperatura nesse lugar... esteja atento a todas as sensações no seu lugar especial... sinta a paz que este lugar lhe transmite.

Respire e cada vez que o ar entra no seu corpo deixe que ele o encha com a tranquilidade desse lugar especial. Observe a sua beleza... deixe que esta beleza entre na sua vida... deixe que a tranquilidade envolva todo o seu corpo... trazendo nova energia a todas as partes do seu corpo... a cada respiração vai-se sentindo cada vez mais relaxado... cada vez mais em paz.

Saiba que este lugar especial vai estar sempre dentro de si... que pode lá voltar sempre que desejar... basta fechar os olhos... respirar profundamente... deixando-se levar para esse lugar interior.

Agora vou começar a contar de 4 até 1. À medida que o faço, vai terminar o relaxamento e vai sentir-se totalmente relaxado e com energia renovada.

4 comece a mexer as pernas e os pés

3 comece a mexer os braços e as mãos

2 comece a mexer a cabeça e o pescoço

1 pode espreguiçar-se e abrir os olhos.



### **Sessão 3 – Pedras no meu caminho**

**Atividade:** Intervenção psicoterapêutica através da escrita

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 22 de outubro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** Promover a capacidade de reflexão, autoanálise e autoconhecimento, facilitar a expressão de sentimentos

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
<b>Acolhimento</b>	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
<b>Aquecimento</b>	Leitura do excerto do texto <i>Pedras no caminho</i> (Fernando Pessoa). Pedir que os utentes expressem os sentimentos que o texto suscitou em si, de que forma se conseguem relacionar com o mesmo.		20min
<b>Desenvolvimento</b>	Tendo por base os sentimentos que foram suscitados com a leitura do texto, pedir aos utentes que escrevam uma história, ficcional ou baseada em factos verídicos, sobre a forma como superaram um obstáculo.	Papel Caneta	25min
	Leitura das histórias produzidas, discussão em grupo.		40min
<b>Finalização</b>	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Pedras no meu caminho**

(Retirado de: <https://recreiodasletras.wordpress.com/2009/02/28/fernando-pessoa-pedras-no-caminho/>)

“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,  
mas não esqueço de que minha vida é a maior empresa do mundo.  
E que posso evitar que ela vá a falência.  
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver apesar de todos os desafios,  
incompreensões e períodos de crise.  
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e  
se tornar um autor da própria história.  
É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar  
um oásis no recôndito da sua alma.  
É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.  
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.  
É saber falar de si mesmo.  
É ter coragem para ouvir um “não”!  
É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta.

Pedras no caminho?

Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

#### Sessão 4 – Somos um grupo e sabemos comunicar

**Atividade:** Treino de competências sociais – comunicação assertiva

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 29 de outubro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** Treinar competências de comunicação, refletir acerca dos estilos de comunicação, promover autoconhecimento.

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Visionamento de vídeo acerca dos diferentes estilos de comunicação (passivo, agressivo, assertivo). Discussão em grupo (ênfase nas características assertivas, sendo fornecida uma folha com ideias chave).	Computador Folhetos	20min
Desenvolvimento	Leitura de frases ( <b>em anexo: Frases – assertivo, passivo ou agressivo?</b> ) e pedido para que os utentes identifiquem se são passivas, agressivas ou assertivas. Discussão em grupo	Folhas Canetas	10 min
	Dividir os utentes em 3 grupos. Fornecer diferentes situações ( <b>em anexo</b> ) a cada grupo e pedir que escrevam de que forma, tendo em conta a comunicação assertiva,		20 min

	resolveriam a situação. Discussão em grupo.		
	Com os 3 grupos formados, efetuar um role-play onde cada uma das partes tem de defender o seu ponto de vista recorrendo a comunicação assertiva ( “ <b>Laranja Ugli</b> ”)		20 min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

### Vídeo

“Agressivo, passivo ou assertivo?” *in*  
<https://www.youtube.com/watch?v=rd1mCZVNnxE>

### Frases – Assertivo, passivo ou agressivo?

- Na semana passada o meu irmão retirou-me dinheiro da carteira sem pedir, devido a isso não consegui ver o filme que queria no cinema ontem à noite. Ele costuma fazer estas coisas, mas eu nunca lhe digo nada.
- Estava a discutir com uma amiga. Estava com muitas dores de cabeça pelo que lhe disse, a gritar, que ela era uma pessoa sem consideração e imatura. Fui-me embora e deixa-a a falar sozinha.
- Ontem à noite ia com um amigo no meu carro e este pediu-me um cigarro. Disse-lhe que fumar num espaço tão reduzido e fechado não me agradava e pedi por favor que não fumasse enquanto estivéssemos dentro do carro.
- Não te posso levar ao aeroporto na sexta-feira. Tive uma semana muito cansativa e preciso de descansar.
- Após ter recebido a bebida errada a pessoa responde “O que chamas a isto?? Eu pedi uma coca-cola, não uma fanta – vê se te orientas!”

- Um colega, com quem partilha o gabinete, fuma constantemente. Tu não gostas do cheiro de fumo e dizes “Estou com uma dor de cabeça... os ambientes com muito fumo fazem-me sempre isto”
- Tenho-me sentido muito frustrada por ter de fazer a maioria das tarefas em casa. Entendo que estejas ocupado, mas eu preciso de ajuda. Como podemos fazer isto resultar?

### **Situações**

**Situação 1** – Véspera do Natal, teve de ir ao supermercado comprar um ingrediente que se esqueceu e era essencial para uma receita que queria mesmo fazer. O supermercado está cheio e você está com bastante pressa. Escolhe o que precisa, coloca-se na fila para pagar e uma pessoa mete-se à sua frente na fila.

**Situação 2** – Comete um erro no trabalho. O seu supervisor chama-o à atenção de uma forma bastante agressiva e à frente de outros colegas.

**Situação 3** – Combinou uma saída com um amigo para ir ver um espetáculo que há muito tempo queria ver. Este é o último dia em que pode ver este espetáculo. Chega a horas ao recinto e espera pelo seu amigo, que tem os bilhetes, para poder entrar. Envia mensagem para o seu amigo não se atrasar, mas este atrasa-se tanto que perde o espetáculo.

### **Role-play – “Laranja Ugli”**

#### **Texto para os produtores:**

Vocês são os únicos produtores de laranjas Ugli no País, uma qualidade rara de laranjas que, segundo as últimas descobertas, tem um grande poder curativo e poderá ser usado na produção de medicação para o combate a doenças graves. Tiveram uma produção modesta.

Em breve estarão a receber propostas de grandes laboratórios. Cada um dos laboratórios que estão interessados na produção das laranjas necessita de um componente específico das mesmas: um está interessado na casca e o outro no bagaço (os produtores não referem este ponto aos outros grupos).

Como produtores, têm interesse em ficar com as sementes da laranja uma vez que serve para replantio.

**Texto do grupo 1:**

Vocês fazem parte do quadro de cientistas de um grande Laboratório multinacional, a Labosaúde, e estão prestes a descobrir uma medicação que será a cura para o HIV, dependendo apenas de uma matéria-prima rara: a casa da laranja ugli.

Descobriram um produtor destas laranjas, que tem uma produção mais baixa do que o laboratório precisa, mas como é uma espécie tão rara de laranjas o laboratório irá tentar tudo para ficar com toda a produção.

**Texto do grupo 2:**

Vocês fazem parte do quadro de cientistas de um grande laboratório, a Labormed, e acabam de descobrir uma medicação para curar todos os tipos de cancro. O problema é que a matéria prima da medicação, o bagaço da laranja ugli, é muito raro.

Descobriram um produtor destas laranjas, cuja produção inteira conseguiria ajudar a produzir a medicação e, assim, coloca-la no mercado para aliviar o sofrimento de muitas pessoas. Os cientistas terão de convencer os produtores das laranjas a fornecer toda a sua produção para este projeto.

## Comunicação

### Agressiva

- pensam que apenas as suas necessidades, desejos e sentimentos importam, não respeitando os direitos dos outros.
- Tem uma grande necessidade de se mostrar superiores e, por isso, criticam tudo, desprezam os sentimentos dos outros e pensam que tudo é uma competição que tem de ganhar
- Facilmente frustrados, falam alto e de forma agressiva, interrompem frequentemente os outros e não são bons ouvintes.

### Passiva

- não conseguem lutar pelos seus direitos, preferem evitar conflitos e, por isso, colocam as necessidades, desejos e sentimentos dos outros acima das suas.
- Tem dificuldade em dizer “não”, procuram agradar toda as pessoas.
- Não conseguem expressar o que querem e sentem, tem dificuldade em manter o contato visual, tem falta de confiança e deixam que os outros se aproveitem deles frequentemente.

### Assertiva

- Defendem os seus direitos ao mesmo tempo que ouvem e respeitam os direitos dos outros.
- Baseiam as suas relações na confiança, respeito e não tem medo de se comprometer ou assumir as suas escolhas. À vontade para dizer “não”
- Capazes de elogiar e receber/fazer críticas construtivas. Conseguem falar diretamente sobre o assunto a abordar, não falando por meias palavras. Conseguem assumir a verdadeira razão, em vez de apresentar desculpas para determinado comportamento.



### **Sessão 5 – Poderoso/Indefeso**

**Atividade:** Intervenção expressiva através da pintura

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 8 de novembro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** promover expressão de emoções, aumentar o insight para sentimentos e experiências pessoais, promover a reflexão e partilha em grupo

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.  Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Desenvolvimento	Parte 1: pedir aos utentes para desenhar, em papeis diferentes, uma representação acerca de uma altura em que se tenham sentido mais empoderados e outra em que se tenham sentidos indefesos.  Parte 2: pedir aos utentes que escrevam um texto, seguindo um guião.	Papel (3 por pessoa) Canetas Tintas Pinceis	40min
	Partilha dos desenhos e textos criados pelos utentes. Discussão em grupo.		40min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min



## **Guião da atividade**

### **Parte 1:**

Pense numa altura em que se sentiu muito poderoso... agora desenhe.

Pense numa altura em que se sentiu impotente... agora desenhe.

### **Parte 2:**

Agora escreva um pequeno texto acerca dos dois trabalhos anteriores, completando as seguintes frases, com palavras suas:

1. Agora o que mais gostaria era...
2. (Nomear um lugar onde gostaria de estar)
3. Para que toda a gente/ninguém veja ...
4. Para que toda a gente/ninguém oiça...
5. Para que toda a gente/ninguém saiba...
6. Junte o que escreveu no ponto 1 e ponto 2 para construir uma conclusão.

## **Sessão 6 – Divertida Mente**

**Atividade:** Intervenção terapêutica através do cinema – Filme *Inside out* (Docter, 2015)

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 15 de novembro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** Promover a reflexão sobre emoções e expressão de sentimentos

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Breve conversa sobre como as emoções podem afetar o comportamento e decisões. Explicação breve sobre temática do filme	Cadeiras	10min
Desenvolvimento	Visualização do filme “Divertida Mente” (sinopse em anexo)	Cadeiras Televisão	1h35min
	Partilha em grupo sobre os pensamentos que tiveram enquanto visualizavam o filme. Quais os sentimentos mais prevalentes? Conseguiram identificar-se em algum momento?		15min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Sinopse do filme – Divertida Mente (Docter 2015)**

Retirado de: [https://cinecartaz.publico.pt/Filme/348865\\_divertida-mente](https://cinecartaz.publico.pt/Filme/348865_divertida-mente)

“Quando o pai de Riley muda de emprego, toda a família se vê obrigada a abandonar a pequena cidade onde sempre viveu no Minnesota (EUA) para se instalar em São Francisco. Para uma jovem prestes a entrar na adolescência, esta mudança não poderia acontecer em pior altura. Apesar disso, ela sabe que tem de se habituar a esta nova circunstância e não se deixar cegar pelos sentimentos. A Alegria, o Medo, a Raiva, a Repulsa e a Tristeza são as cinco emoções que vivem no quartel-general do seu cérebro, onde a Alegria – a capitã – tenta equilibrar os estados de espírito e, simultaneamente, fazer com que a vida de Riley nunca deixe de ser feliz. Mas quando a Alegria e a Tristeza acidentalmente se perdem dentro do cérebro da menina, a sua vida fica virada do avesso. Com o centro de controlo sem a Alegria a comandar, o Medo, a Raiva e a Repulsa tomam o controlo da sua vida. Assim, numa corrida contra o tempo, duas emoções opostas unem esforços para percorrer as várias secções existentes na jovem mente e encontrar o caminho de volta. Tudo isto antes que a família de Riley perca as estribeiras com as suas flutuações de humor...”

## **Sessão 7 – Orgulho em mim**

**Atividade:** Intervenção psicoterapêutica

**Público-alvo:** Utentes do Hospital de dia de um hospital da grande Lisboa

**Data:** 19 de novembro de 2019

**Hora:** 10h

**Objetivos da sessão:** Promover o reconhecimento de qualidades pessoais, desenvolver a autoconfiança e autoestima, promover a capacidade de autoafirmação.

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Relaxamento através da respiração	Cadeiras Música ambiente	15min
Desenvolvimento	Fornecer folha com uma flor de 10 pétalas e pedir que os utentes façam corresponder a cada pétala uma qualidade sua. Após completarem essa tarefa pedir que escrevam no centro da flor as palavras “Eu sou”	Papel Canetas	10min
	Pedir que se apresentem, individualmente, aos outros utentes lendo primeiro a frase “Eu sou” e depois as características que escreveram. No final da partilha cada um dos outros utentes pode acrescentar 1 característica positiva que pensem não ter sido reconhecida pela pessoa que está a falar. Discussão em grupo sobre o que foi escrito.		35min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Guião do Relaxamento**

Feche os olhos e concentre a atenção em si mesmo.

Sinta a respiração tranquila e siga o seu fluxo natural: inspirar e expirar

Agora, sinta o peso dos pés apoiados sobre o pavimento, também as pernas estão pesadas e relaxadas

Agora, sinta o peso da bacia, também a coluna e o peito estão pesados e relaxados.

As costas estão relaxadas

Sinta os braços relaxados até às mãos

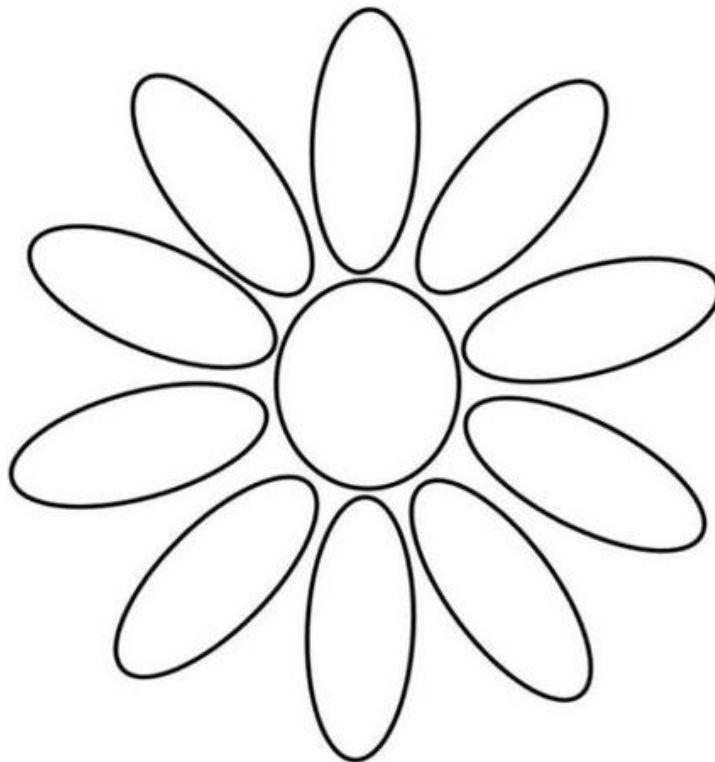
Por fim, o pescoço está relaxado e a cabeça está pesada

Sinta todo o vosso corpo calmo e relaxado... a respiração é fluida e profunda

Procure memorizar esta sensação de serenidade para que lhe faça companhia quando despertar

Pode mover lentamente as mãos, os pés, abrir os olhos, sem pressa, e espreguiçar-se como se estivesse a acordar.

## **Imagem de flor para preencher**



**APÊNDICE 3 – PLANOS DE SESSÃO DO CONTEXTO DE  
INTERNAMENTO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA**

## **Sessão 1 – Somos um grupo e queremos conhecer-nos melhor**

**Atividade:** Intervenção psicoterapêutica

**Público-alvo:** Utentes internados no DCA de um hospital de Lisboa

**Data:** 15 de janeiro 2020

**Hora:** 11h30

**Objetivos da sessão:** promover a coesão e empatia do grupo, explorar e refletir sobre as consequências psicossociais da anorexia

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Iniciar com um quebra-gelo para aumentar a confiança entre as utentes. Formar grupos de 2 em que 1 dos utentes fecha os olhos e o outro o guia pela sala. Mudam os papeis.		15min
Desenvolvimento	São distribuídos 3 cartões por cada utente, que contêm uma frase diferente: “para mim a anorexia é...”, “o que me preocupa mais é...”, “sinto dificuldade em...” Cada um dos utentes completa as frases e coloca os cartões numa caixa.	Cartões (3 por utente)	15min
	Cada utente tira aleatoriamente um cartão e lê, partilhando com o grupo se sente ou não o mesmo que foi descrito. Discussão em grupo sobre os sentimentos gerados.	Canetas	20min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Sessão 2 – Somos um grupo e sabemos exprimir-nos**

**Atividade:** Intervenção expressiva através da pintura

**Público-alvo:** Utentes internados no DCA de um hospital de Lisboa

**Data:** 22 de janeiro 2020     **Hora:** 11h30

**Objetivos da sessão:** promover o reconhecimento de sentimentos, facilitar expressão de emoções, proporcionar a reflexão em torno das emoções

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão. Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Cada um dos utentes retira um papel que tem uma emoção inscrita e faz a mimica dessa emoção. Os restantes utentes tentam adivinhar	Saco Papel Caneta	15min
Desenvolvimento	Os papeis são novamente colocados no saco. Cada um dos utentes retira um papel, não mostra a ninguém, e representa-o através da pintura.	Saco Papel Aquarela Pinceis Fita-cola	15min
	Cada uma das pinturas será alvo de discussão por parte do grupo onde, num primeiro momento o autor da pintura não diz nada, deixando os restantes utentes falarem sobre o que esta representa para si. Num segundo momento, o autor da pintura partilha com o grupo qual é a emoção representada e o porquê de a ter pintado daquela forma		20min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min



### **Sessão 3 – Quando a oportunidade está no obstáculo**

**Atividade:** Intervenção psicoterapêutica através da escrita

**Público-alvo:** Utentes internados no DCA de um hospital de Lisboa

**Data:** 29 de janeiro 2020    **Hora:** 11h30

**Objetivos da sessão:** promover a capacidade de reflexão, autoanálise e autoconhecimento, facilitar a expressão de sentimentos

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.  Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Cada um dos utentes enche um balão de ar e escreve a emoção mais prevalente da semana. Após isso vão lançando os balões no ar até que seja dada a instrução para pararem e aí agarram num balão que não seja o seu. Falam sobre a emoção que está inscrita no balão com que ficaram.		10min
Desenvolvimento	Leitura do texto: <i>Quando uma oportunidade está no obstáculo</i>  Pedir aos utentes que escrevam uma história, ficcional ou baseada em factos verídicos, sobre a forma como superaram um obstáculo.	Papel Caneta	25min
	Leitura das histórias produzidas, discussão em grupo.		35min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **Quando uma oportunidade está no obstáculo**

Retirado de: <http://www.apsicologaquetambemblogger.pt/2016/09/quando-uma-oportunidade-esta-no-obstaculo.html>

No seio de uma montanha vivia um jardineiro. Ia todos os dias até ao riacho que corria através do vale e enchia dois potes de barro com água para o seu jardim.

Com os potes cheios e equilibrados nas extremidades de uma vara de madeira, conseguia transportá-los pelo caminho íngreme que conduzia ao seu jardim, na encosta da colina. Era um trabalho árduo, mas o homem tinha muito prazer em cuidar do seu jardim. Num quente dia de verão, a meio caminho, decidiu descansar. Quando pousou os potes, uma pequena pedra no solo fez um furo num deles.

Alguns meses mais tarde, enquanto o jardineiro dormitava junto do riacho, o pote sem furo disse para o outro:

- Não serves para nada.

O pote com um furo respondeu:

- Que queres dizer com isso?

- Tens um furo. Todos os dias, o teu dono trabalha arduamente para levar água para o seu jardim, mas, quando lá chegamos a maior parte da tua água já verteu.

Quando ouviu isto, o pote com furo ficou triste.

No dia seguinte, o pote contou ao jardineiro como se sentia.

- Diz-me, meu amigo, porque está tão triste? Questionou o jardineiro

- Todos os dias me enches de água e trabalhas severamente para subir a montanha, mas quando chegamos ao jardim, a maior parte da água já verteu.

- Isso é verdade. Tens um furo. Mas sabes o que isso quer dizer?

- Quer dizer que não sirvo para nada. Já não consigo cumprir a minha tarefa, que é transportar a água. Referiu o pote sentindo-se ainda mais triste.

- Já olhaste para o caminho que subimos para chegar ao jardim? Graças a ti, a berma do caminho está cheia de flores. Quando percebi que tinhas um furo, comecei a plantar sementes ao longo do percurso. Agora, o caminho está decorado com bonitas flores e as abelhas vem colher o pólen dessas flores. Como vês, não és nada inútil.

**Esta história pretende demonstrar como em qualquer adversidade ou contratempo existe sempre um lado positivo. Só depende de cada um de nós reconhecer e agarrar as oportunidades.**

#### **Sessão 4 – Poderoso/Indefeso**

**Atividade:** Intervenção expressiva através da pintura

**Público-alvo:** Utentes internados no DCA de um hospital de Lisboa

**Data:** 5 de fevereiro 2020     **Hora:** 11h30

**Objetivos da sessão:** promover expressão de emoções, aumentar o insight para sentimentos e experiências pessoais, promover a reflexão e partilha em grupo.

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo previsto</b>
Acolhimento	Receber os utentes na sala, dando-lhe tempo para se prepararem para a sessão.  Esclarecer sobre a sessão que se irá realizar.		5min
Aquecimento	Técnica “dizer bem pelas costas”: colar uma olha de papel nas costas de cada utente, enquanto andam pela sala cada uma das outras utentes deve escrever uma característica positiva nas costas das outras. Partilha do que foi escrito.	Papel Canetas Fita cola	15min
Desenvolvimento	Pedir aos utentes para desenhar, em papeis diferentes, uma representação acerca de uma altura em que se tenham sentido mais empoderados e outra em que se tenham sentidos indefesos.	Papel (2 por pessoa) Canetas	20min
	Partilha dos desenhos criados pelos utentes. Discussão em grupo.	Tintas Pinceis	20min
Finalização	Partilha de sentimentos individuais acerca da atividade.		5min

## **APÊNDICE 4 – GRELHA DE AVALIAÇÃO NOC**

	Escala				
	1 Nunca positivo	2 Raramente positivo	3 Às vezes positivo	4 Muitas vezes positivo	5 Consisten temente positivo
Indicadores					
Autoestima					
Verbalização de autoaceitação					
Descrição de si próprio					
Comunicação aberta					
Manutenção de contato visual					
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos					
Coping					
Verbalização de senso de controlo					
Identifica padrões de Coping eficazes					
Usa comportamentos para reduzir o stress					
Procura informação segura sobre tratamentos					
Adapta-se às mudanças da vida					
Auto percepção					
Distingue o seu <i>self</i> dos outros					
Reconhece respostas subjetivas às situações					
Mantém percepção dos sinais internos face às situações					
Expressa sentimentos aos outros					
Mantém percepção dos pensamentos/sentimentos					
Equilíbrio do humor					
Exibe afetos adequados à situação					
Exibe controlo de impulsos					
Mantem concentração					
Controlo da ansiedade					
Identifica <i>triggers</i> da ansiedade					
Planeia estratégias de Coping para situações stressantes					
Mantém relações sociais					
Partilha preocupações com os outros					

## **APÊNDICE 5 – ESTUDO DE CASO**

# ÍNDICE

Introdução	5
I. Identificação do utente e informações gerais	7
II. História de Saúde de Enfermagem	8
2.1. Motivo do Internamento e Procura de Cuidados	8
2.2. Antecedentes Pessoais de Saúde	8
2.3. Regime terapêutico	8
2.4. Antecedentes Familiares de Saúde e Caracterização familiar	8
III. Caracterização e fundamentação da situação clínica	11
IV. História de Saúde de Enfermagem atual	13
4.1. História de Saúde atual	13
4.2. Análise segundo o modelo de sistema de Betty Neuman	14
4.2.1. Variável fisiológica	14
4.2.2. Variável psicológica	15
4.2.3. Variável Sociocultural	17
4.2.4. Variável de desenvolvimento	17
4.2.4. Variável espiritual	18
4.2.5. Fatores de stress – stressores	18
4.2.6. Fatores de Reconstituição	19
4.3. Tratamento	19
4.3.1. Tratamento farmacológico	19
4.3.2. Tratamento não farmacológico	19
V. Diagnósticos de Enfermagem identificados	20
5.1. Plano de Cuidados (segundo taxonomia NANDA e NIC)	21
VI. Conclusão	26
Referências	28

## Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria foram planeadas algumas intervenções terapêuticas com o objetivo de se desenvolver competências específicas, dentro das quais o presente estudo de caso.

O estudo de caso permite uma visão holística da pessoa, ou seja, é uma opção metodológica que envolve o estudo intensivo e em profundidade de um caso, no seu contexto natural, recorrendo-se a diversos métodos que se considerem adequados (Coutinho & Chaves, 2002)

O presente estudo de caso aborda a situação clínica do sr. M. G, de 25 anos, que deu entrada num hospital de dia, de um hospital da área de Lisboa, após ter estado internado no serviço de psiquiatria, do mesmo hospital, com o diagnóstico de Psicose de etiologia a esclarecer. Trata-se de um primeiro episódio psicótico, num jovem adulto sem antecedentes psiquiátricos conhecidos.

A colheita de dados e avaliação do utente foram efetuadas através de entrevistas, observação da sua dinâmica no serviço, no contato com os outros utentes e profissionais de saúde, através da consulta de informação no processo clínico hospitalar e através da avaliação do estado mental, exame físico e avaliação psicossocial.

Este trabalho encontra-se dividido em 7 capítulos, iniciando-se com a presente introdução. Segue-se a identificação do utente, onde o mesmo é caracterizado sucintamente. O capítulo seguinte é relativo à história de enfermagem onde se explica o motivo de internamento/procura de cuidados, antecedentes pessoais e familiares de saúde, e ainda uma breve caracterização familiar, recorrendo-se a instrumentos como o genograma e ecomapa para uma caracterização mais profunda. No capítulo seguinte, caracterização e fundamentação da situação clínica, descreve-se sumariamente a psicose, incidindo principalmente sobre o primeiro episódio psicótico. Após isso, no capítulo história de saúde de enfermagem atual descreve-se a história de saúde atual, efetuando-se uma apreciação das variáveis que podem contribuir para a mesma, segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman. Refere-se ainda qual o tratamento, farmacológico e não farmacológico, que está a ser implementado. No capítulo seguinte, diagnósticos de enfermagem identificados, apresentam-se os diagnósticos traçados, de acordo com taxonomia NANDA, e os planos de cuidados,



onde são explanados os resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a avaliação subsequente. O trabalho termina como uma breve conclusão.

De ressaltar que foi explicado ao sr. M.G o objetivo do trabalho acadêmico, integrado no plano de intervenção de enfermagem de saúde mental, e foi solicitado o consentimento informado, a sua colaboração e autorização para o tratamento dos dados, tendo sido garantido e mantido o sigilo profissional.

O presente trabalho segue as normas de formatação APA.

## I. Identificação do utente e informações gerais

- **Nome:** Manuel Goulão (nome fictício)
- **Nome que prefere ser tratado:** Manuel
- **Sexo:** Masculino.
- **Idade:** 25 anos.
- **Peso:** 95 Kg.
- **Altura:** 1.90m.
- **Nacionalidade:** Portuguesa.
- **Área de residência e caracterização da habitação:** Grande Lisboa. Reside numa área urbana, num prédio com todas as condições de saneamento básico.
- **Grau de Escolaridade:** licenciatura em gestão.
- **Profissão:** Desempregado. Já trabalhou num banco, durante 2 meses, como vendedor em part-time e o último trabalho foi como consultor numa empresa, tendo o contrato terminado após 8 meses.
- **Religião:** Católico não praticante.
- **Estado Civil:** Solteiro.
- **Alergias:** Desconhece.
- **Pessoa Significativa e Contacto:** Sr.<sup>a</sup> D.H. (Mãe) e Sr. J.G (irmão)
- **Unidade de Saúde de Referência:** Hospital da área de Lisboa.

Após ter sido despedido do último emprego começou a isolar-se mais em casa: “não queria sair e estar com outras pessoas”. Iniciam-se as discussões com a mãe e a tia sobre estar demasiado tempo isolado e não procurar emprego. Nessa altura “por pressão da família” vai a uma consulta de psicologia. Refere que foi a 4/5 sessões até que foi encaminhado para consulta com um psiquiatra, ao qual se recusou a ir.

## **II. História de Saúde de Enfermagem**

### **2.1. Motivo do Internamento e Procura de Cuidados**

No dia 12 de setembro de 2019, o sr. M.G foi conduzido, por agentes da GNR, ao serviço de urgência de uma instituição de saúde da região de Lisboa após queixa de heteroagressividade dirigida aos familiares (mãe e tia) e comportamento estranho. Após avaliação do psiquiatra no serviço de urgência foi-lhe proposto internamento, que recusou, sendo ativado o internamento compulsivo ao abrigo da Lei de Saúde Mental. À entrada no internamento apresentava solilóquios, heteroagressividade dirigida aos familiares, delírios persecutórios e risos imotivados.

Teve alta clínica no dia 2 de outubro de 2019, tendo integrado o grupo hospital de dia de psiquiatria da própria instituição no dia 9 de outubro de 2019, com o objetivo de ganhar maior autonomia e evitar isolamento social.

**Diagnóstico Clínico médico:** Episódio psicótico de etiologia a esclarecer.

### **2.2. Antecedentes Pessoais de Saúde**

Refere sinusite e que na infância teve vários episódios de amigdalite, sem outros antecedentes pessoais de saúde relevantes. Nega antecedentes cirúrgicos ou ortopédicos. Desconhece alergias alimentares e medicamentosas. Plano nacional de vacinação atualizado.

### **2.3. Regime terapêutico**

Antes do internamento não tomava qualquer medicação. Após o episódio psicótico e na altura da alta clínica, fica com o seguinte esquema terapêutica no domicílio:

Aripiprazol 15 mg – 1id ao pequeno almoço

Risperidona 3 mg – 1id ao deitar

## 2.4. Antecedentes Familiares de Saúde e Caracterização familiar

O sr. M não consegue fornecer muitas informações sobre os familiares.

Reside atualmente com a mãe, sra. D.H., 60 anos, com quem diz ter uma relação muito boa. Os pais divorciaram-se quando tinha 2 anos e desde essa altura não tem contato com o pai. Atualmente, a mãe do sr. M não está a trabalhar (ausência por baixa) para lhe conseguir providenciar maior apoio.

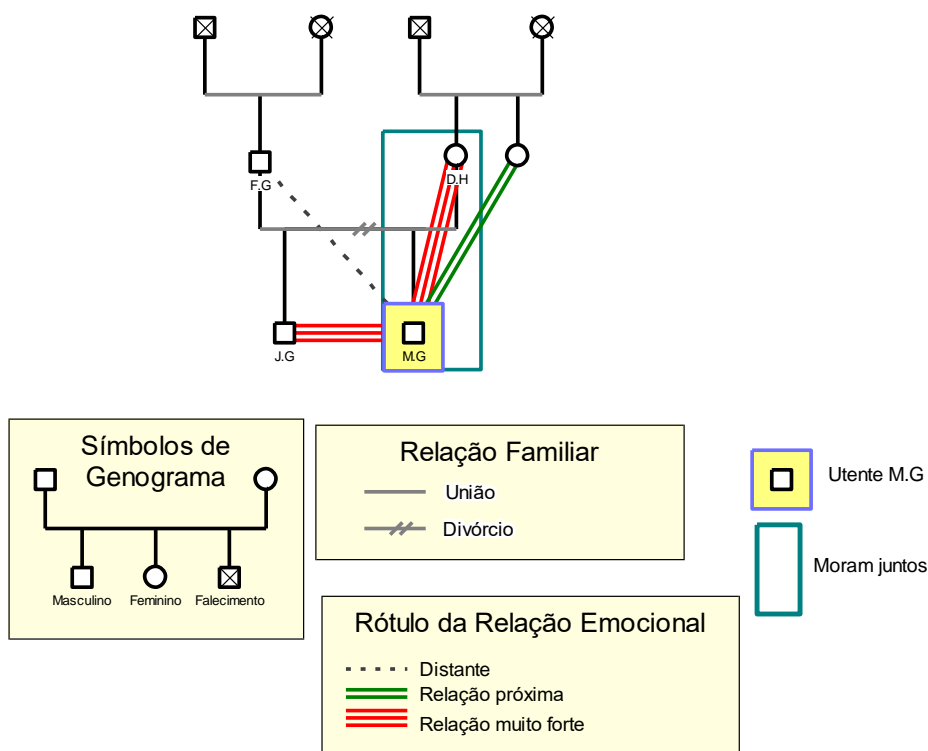
Tem um irmão, 5 anos mais velho, o sr. J.G, com quem viveu até este ter saído de casa, há 3 anos, para morar com a namorada. Refere que sempre foram muito unidos, que falam todos os dias e que pode desabafar com o irmão.

Refere ainda que tem uma tia e prima, irmã e sobrinha da mãe, que residem perto dele e com quem tem uma boa relação, estando juntos em diversas ocasiões.

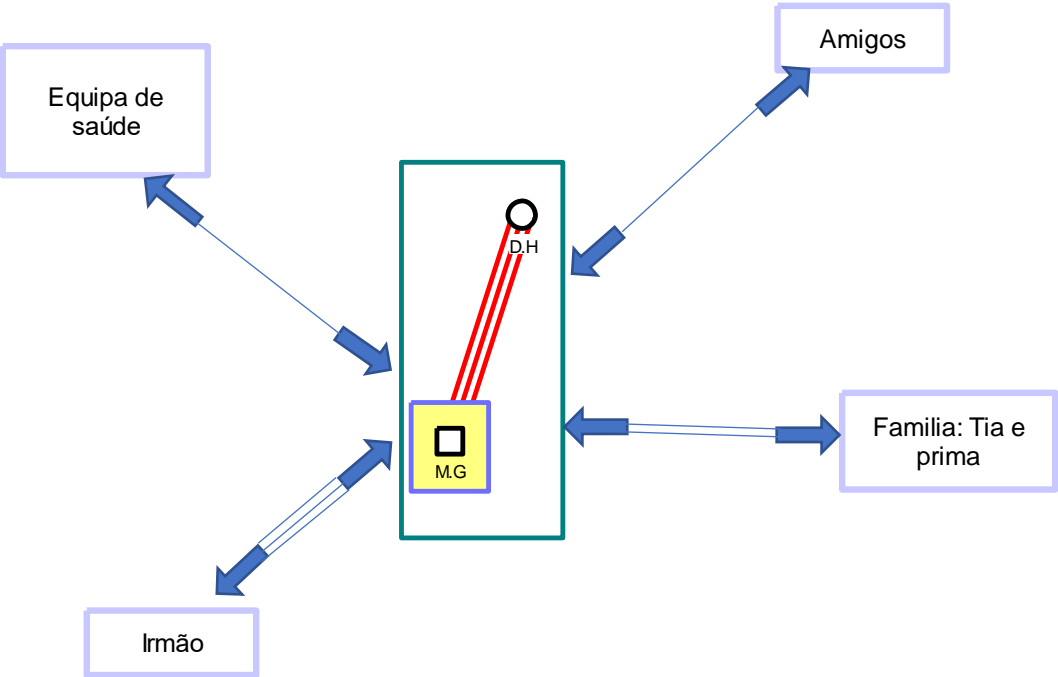
Questiono sobre antecedentes familiares de saúde. Afirma que todos os familiares são saudáveis, desconhecendo qualquer patologia. Posteriormente apuro que o pai e avô paterno sofrem de patologia psiquiátrica.

Para uma maior compreensão da estrutura familiar do sr. M apresento o genograma e ecomapa.

## Genograma



Ecomapa



**Legenda:**

- Direção da relação
- Relação próxima
- Relação forte
- Relação superficial

### **III. Caracterização e fundamentação da situação clínica**

De acordo com a DMS-5 (2014), a psicose está incluída no grupo “Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”, estando incluído neste grupo a esquizofrenia, transtorno esquizotípico e outros transtornos psicóticos.

Levy e Coentre (2014) afirmam que as perturbações psicóticas são consideradas doenças graves que tem início normalmente numa idade jovem (adolescência e idade jovem adulta). Os sintomas associados ao primeiro episódio psicótico são relativamente inespecíficos (ex. alterações do sono, humor depressivo/ansioso/irritável, diminuição da atenção, isolamento social, entre outros) pelo que se torna difícil conseguir perceber quem poderá desenvolver esta patologia. A psicose assume-se, assim, como um transtorno variável, na medida em que a proeminência dos seus sintomas varia em cada pessoa. Para o diagnóstico considera-se que o tempo de duração é de pelo menos uma semana, podendo ser definida pela presença de “sintomas positivos, sobretudo alucinações e ideias delirantes, e tipicamente com outros sintomas acompanhantes, incluindo sintomas negativos, sintomas afetivos, uso de substâncias e outros” (Levy e Coentre, 2014, p.153).

Penso ser importante referir quais os sintomas positivos e negativos que podem estar presentes na psicose. Dentro dos sintomas positivos, a pessoa pode apresentar delírios, alucinações, pensamento/discurso desorganizado e comportamento motor desorganizado ou anormal (incluindo catatonia). No que concerne aos sintomas negativos, pode estar presente a avolia, embotamento afetivo, falta de sociabilidade, entre outros (APA, 2014).

A avaliação diagnóstica da pessoa com psicose é dificultada por diversos fatores, tais como: existência de diversas patologias psiquiátricas incluídas na designação de psicose, instabilidade diagnóstica e taxas altas de comorbilidades psiquiátricas em pessoas com primeiro episódio psicótico (Levy e Coentre, 2014). De acordo com os mesmos autores, torna-se imprescindível que o diagnóstico seja efetuado de forma longitudinal e seja repetido entre 12 a 24 meses após ter ocorrido o primeiro episódio.

#### **Tratamento do primeiro episódio psicótico**

Para efeitos deste estudo de caso, irá ser explorado apenas o tratamento do primeiro episódio psicótico por ser esse o diagnóstico do utente.

Coentre, Levy e Figueiras (2011) efetuaram uma revisão da literatura onde concluíram que programas de intervenção precoce têm uma influência positiva no

prognóstico da doença psicótica. A intervenção precoce inclui a intervenção no período pré-psicótico (prodrómico), o diagnóstico precoce e consequente tratamento. Este tratamento deverá, idealmente, ser iniciado logo após a identificação de sintomatologia psicótica, evitando assim um alargamento do período da psicose não tratada e, por conseguinte, a comorbilidades associada.

Estudos sugerem a existência de um período crítico entre os primeiros dois a cinco anos da psicose, correspondendo ao período onde existe uma maior deterioração, o risco de não adesão ao tratamento aumenta, bem como as taxas de recidivas e suicídio, pelo que se torna vital o acompanhamento deste utentes durante um período mais extenso (Levy e Coentre, 2014). De acordo com os mesmos autores, o tratamento escolhido deve ser individualizado, envolvendo a pessoa e família.

A pessoa que sofre de psicose tem normalmente pouco insight e adere mal aos tratamentos (70% abandona os tratamentos nos primeiros dois anos), pelo que é importante e imprescindível o estabelecimento da relação terapêutica (Levy e Coentre, 2014), com a equipa de saúde. O tratamento do primeiro episódio psicótico deve seguir uma abordagem multifatorial, sendo essencial incluir intervenções psicofarmacológicas, psicoterapêuticas e psicossociais. O tratamento com fármacos antipsicóticos contribui para a remissão de sintomatologia, mas não consegue, isoladamente, contribuir significativamente para o retorno ao funcionamento. Tendo isso em conta, as intervenções de cariz psicossocial tornam-se um complemento fundamental para a recuperação, devendo ser iniciadas quando a pessoa já foi medicada e apresenta alguma remissão dos sintomas (Coentre, Levy & Figueiras, 2011).

Dentro dos tratamentos psicossociais pode optar-se pela terapia cognitivo-comportamental, Psicoeducação, intervenção familiar e intervenção vocacional (Coentre, Levy & Figueiras, 2011).

A remissão dos sintomas psicóticos ocorre, normalmente, num período de 1 a 2 meses, mas a pessoa mantém incapacidade funcional durante um período mais alargado de tempo, entre 1 a 2 anos. Desta forma é importante que a pessoa e família sejam “acompanhados neste longo período, de uma forma que esta disfunção não se agrave e que se criem condições para que possa recuperar a funcionalidade de modo progressivo” (Levy e Coentre, 2014, p.158).

## **IV. História de Saúde de Enfermagem atual**

### **4.1. História de Saúde atual**

O sr. M foi referenciado para o hospital de dia enquanto estava internado no serviço de psiquiatria, internamento de agudos, do mesmo hospital. O motivo de internamento foi uma psicose de etiologia a esclarecer. O sr. M. relata, na primeira abordagem, que foi internado porque a tia, a prima e a mãe achavam que se isolava demasiado, que deveria sair de casa para procurar emprego e, por essa razão, contactaram a polícia, que o foi buscar a casa e o levou para a urgência do hospital. Nessa altura foi avaliado pelo psiquiatra e, como não aceitou o internamento voluntário, ficou internado compulsivamente.

Numa segunda abordagem, após ser confrontado com o facto de não se internar pessoas apenas por se isolarem em casa, acaba por contar que começou a isolar-se cada vez mais, não queria sair do quarto, discutia com a mãe quando esta queria fazê-lo sair e que discutiu com a tia e a prima, tendo-se tornando mais agressivo e tentado agredi-las. Ao longo da entrevista, vão sendo detetadas incongruências no seu discurso e falta de crítica para a sua patologia uma vez que diz que se isolava e não queria sair do quarto, referindo depois que saía com a mãe para fazer compras ou refeições fora de casa e que estava com outros familiares.

Questiono sobre alterações do pensamento, sobre a sensação de julgamento por parte de terceiros (que já havia referido em sessões de grupo). Explica-me que perto da altura do internamento sentia que as outras pessoas olhavam para ele como se o estivessem a julgar – o seu comportamento, forma de vestir, forma de falar. Pergunto se conseguia ouvir o que pensavam ou se era apenas uma sensação de julgamento, responde que nunca ouviu vozes, apenas sentia que o julgavam e isso trazia alguma ansiedade social. Acaba por se contradizer depois, dizendo que não dava muita importância a estes julgamentos.

Refere que a mãe pensava que ele falava e ria sozinho, o que despoletou várias discussões. Explica-me que isso acontecia porque jogava muito online e, por isso, falava com outras pessoas com os fones colocados, parecendo assim que estava a falar sozinho. Relativamente ao rir-se sozinho, refere que ocorria quando se lembrava de alguma coisa divertida ou tinha visto algo que o fazia rir, e entrava na sala onde estava a mãe e, como continuava a rir, esta achava que ele se estava a rir sem motivo (não apuro se o utente explicava à mãe do que se estava a rir).



Atualmente refere que o ambiente em casa está mais calmo, que consegue comunicar melhor com a mãe e restante família. Faz referência ao facto de sair com os familiares para passear e almoçar fora de casa diversas vezes. Diz que fala com o irmão todos os dias, quer seja pessoalmente ou por telefone.

Diz ter muita vontade de voltar a ter mais autonomia, de voltar a conduzir um carro e conseguir deslocar-se sozinho até ao hospital de dia. Demonstra interesse em voltar a praticar desportos que diz apreciar – ténis, futebol, ioga e natação.

#### **4.2. Análise segundo o modelo de sistema de Betty Neuman**

O modelo de sistemas foi desenvolvido por Neuman em 1970, tendo como principais componentes o stress e a reação ao stress (George, 2000). Neste modelo a pessoa é vista de forma holística, como um sistema aberto em constante dinâmica e interação com o ambiente onde está inserida, tendo em conta as variáveis psicológicas, fisiológicas, socioculturais, espirituais e do desenvolvimento (Neuman & Fawcett, 2010).

Neste sentido, os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente onde se insere, desenvolve e interage. Pessoa e ambiente influenciam-se, positiva ou negativamente, reciprocamente, havendo uma procura contínua de se atingir a harmonia e o equilíbrio. A pessoa está sujeita a stressores, que são definidas como forças que produzem tensão, podendo causar instabilidade no sistema, dependendo do contexto e vivências individuais. Para Neuman a saúde é vista como um estado de bem-estar ideal num dado momento, estando constantemente sujeita a mudanças devido a diversos fatores como a resposta individual da pessoa e a sua capacidade para se adaptar aos stressores do ambiente (George, 2010).

O enfermeiro ajuda a pessoa a atingir e a manter a estabilidade, do seu sistema, através de intervenções intencionais, com o objetivo de reduzir os fatores de stress, sejam eles reais ou potenciais.

##### **4.2.1. Variável fisiológica**

No que concerne aos dados antropométricos, o sr. M. pesa 95Kg (à entrada no internamento pesava 90kg) e mede 1.90 cm, correspondendo a um Índice de Massa Gorda (IMC) de 26,3, significando que se encontra na classificação de excesso de peso.

Relativamente aos parâmetros vitais (avaliado no dia 30 outubro 2019), apresentava os seguintes valores:

- Tensão Arterial: 138/74 mmHg
- Frequência Cardíaca: 88 bpm
- Frequência Respiratória: 18 cpm, ritmo normal, respiração mista, amplitude simétrica
- Temperatura Timpânica: 36,5°C
- Dor: 0, na escala numérica

#### **Exame físico sistematizado (Céfalo-caudal):**

- Cabeça e cabelo: Tamanho e forma da cabeça proporcionais, sem lesões aparentes. Cabelo escuro, espesso, higiene mantida. Couro cabeludo aparentemente integro. Musculatura da face sem compromisso funcional.
- Olhos: Simétricos, sem alterações dos campos visuais. Iris de cor castanho claro, escleróticas brancas. Pupilas isocóricas.
- Ouvidos: Simétricos, sem lesões aparentes. Tamanho, forma e coloração normais. Mantém acuidade auditiva.
- Nariz e boca: Septo nasal sem desvios ou lesões aparentes. Lábios rosados e hidratados, dentição completa, higiene da cavidade oral mantida. Sem alterações a nível da mastigação ou deglutição. Gengivas de coloração normal e integras.
- Pescoço: simétrico, sem lesões aparentes.
- Torác e abdómen: não foi possível a visualização dos mesmos sem roupa. Aparentemente sem alterações. Avaliado perímetro abdominal – 98 cm.
- Membros superiores: Sem alterações de cor, pele rosada, hidratada. Ambas as mãos com 5 dedos, unhas cortadas, sem alterações na mobilidade. Motricidade fina mantida.
- Cintura pélvica e região nadegueira: não foi possível a visualização sem roupa. Sem alterações aparentes. Não refere dores ou queixas.
- Membros inferiores: não foi possível a visualização sem roupa. Aparentemente sem lesões, membros simétricos. Mobilidade mantida, sem dificuldades na deambulação e posicionamentos.

#### **4.2.2. Variável psicológica**

Apresentação e comportamento geral: Vígil, orientado nas quatro vertentes (tempo, espaço, auto e alopsiquicamente), atenção captável e fixável. Contato distante, cordial, evita contato visual. Mantém discurso coerente e lógico, sem alterações orgânicas, reservado, pouco comunicativo. Memória sem alterações, tanto para acontecimentos passados como recentes. Não são detetadas alterações de percepção ou pensamento. Humor eutímico. Responde às questões que lhe são colocadas, participou ativamente na entrevista. Postura curvada, mantém fâcies pouco expressivo. Evita o toque, mostrando-se incomodado quando algum utente lhe toca.

Durante a entrevista manteve-se calmo, mas quando confrontado com alguma pergunta que não quer/ tem dificuldade em responder evita o contato visual e desvaloriza o que é dito, desviando a conversa ou dizendo “ah isso já passou”, “agora estou bem”, “não era bem assim”.

Insight para a doença diminuído, descreve que foi internado porque a mãe e tia achavam que passava demasiado tempo em casa. Quando confrontado com os sintomas da doença (solilóquios, discurso megalómano, delírio persecutório) refuta-os, apresentado outra explicação ou dizendo que não teve realmente esse sintoma. Juízo crítico diminuído, apesar de se encontrar motivado para estar no hospital de dia e cumprir regime terapêutico, na primeira semana de hospital de dia refere já estar bastante melhor e estar preparado para integrar novamente o mercado de trabalho. Sem crítica para o facto de ter sido despedido dos empregos. Em diário clínico aparece informação que foi despedido por apresentar comportamento estranho e discurso megalómano, mas o sr. M refere que o contrato acabou num dos trabalhos e no último quis sair da empresa. Não consegue explicar porque não foi à procura de emprego quando ficou desempregado.

Humor e emoções: Refere que nos últimos tempos sentia-se ansioso por acreditar que as pessoas olhavam para ele e o julgavam (comportamentos e atitudes), pelo que preferia ficar em casa isolado. A mãe do sr. M relata que houve deterioração da relação deste com o irmão, tendo inclusivamente deixado de falar com o irmão perto da altura do internamento. Fâcies pouco expressivo, tende a sorrir quando está a falar, mesmo quando fala de assuntos mais difíceis (bullying na escola).

Fala, discurso e linguagem: discurso e linguagem mantidos. Discurso curto, coerente. Utilização de diminutivos ao longo de todo o discurso. Muito reservado, fala

quando solicitado. No início da integração no hospital dia com pouca iniciativa para iniciar o discurso e manter trocas sociais com os restantes utentes. Passadas algumas semanas já consegue intervir espontaneamente apesar de manter registo reservado.

Quando questionado sobre qual considera ser o seu problema e qual a sua maior dificuldade responde que o seu problema atual se prende com o facto de começar a sentir-se ansioso com a dificuldade que terá em arranjar um emprego na sua área, uma vez que “na área onde estou tudo muda muito rápido... eu já estou parado há um tempinho. Talvez tenha de começar por uma coisa menos complicada”. Como maior dificuldade identifica a lentificação do pensamento lógico, que dificulta a resolução de problemas.

#### **4.2.3. Variável Sociocultural**

O utente apresenta diminuição do contato social devido ao isolamento em casa (isolamento social), pelo que deixou de realizar atividades que lhe davam prazer (atividade física, estar com os amigos). Refere diminuição da energia, dizendo que quando chega a casa, após o hospital de dia, se sente muito cansado e sem energia (anergia).

Ao ser questionado sobre como se vê no futuro, tendo em conta a situação de doença, responde pensar que não terá grandes problemas, que conseguirá arranjar um trabalho e ser mais autónomo.

No que concerne ao apoio familiar e social, refere que tem uma família apoiante, especialmente a mãe e o irmão, que o ajudam quando mais precisa e com quem pode desabafar. Inclusivamente diz que a mãe não está a trabalhar, de momento, para conseguir estar mais tempo com ele e o ir levar/buscar ao hospital de dia. Destaca diversas vezes que os amigos lhe dão apoio, mas quando questionado diretamente sobre se está com eles, se faz atividades com os mesmos ou se pode desabafar o que está a passar, refere que já não está com eles há muito tempo, que se afastaram gradualmente e por falta de tempo não conseguem combinar nada. Diz que tem vontade de os rever, mas não enceta esforços para que isso aconteça.

#### **4.2.4. Variável de desenvolvimento**

O sr. M conta que teve uma infância feliz, o percurso escolar decorreu sem problemas e nunca chumbou. Refere que era “um bocadinho hiperativo”, questiono quais as características que o levam a pensar que era hiperativo e diz-me que era irrequieto,

não gostava de estar parado muito tempo, tendo inclusivamente ido a uma consulta de psicologia por esse motivo, sem seguimento. Apuro, posteriormente, que o sr. M foi vítima de bullying durante o ensino básico e secundário, algo que tenta desvalorizar, apresentando até uma certa resistência em falar: “era um bocadinho mau, mas já passou”, “agora já não tem importância”, “ficava um bocadinho triste mas não ligava”, “eles eram pobrezinhos e se calhar tinham um bocadinho de inveja de eu ter coisas”. Não fala de namoradas. Refere ter tido sempre vários amigos.

Entrou na universidade aos 18 anos e terminou o curso de gestão aos 22 anos, altura em que inicia a procura de trabalho. O seu primeiro trabalho foi num banco, onde permaneceu durante 2 meses. Questiono porque saiu desse emprego e o sr. M responde que terminou o tempo do contrato. Em seguida iniciou um trabalho como vendedor em part-time, do qual diz não ter gostado, dizendo “não tenho jeito para vender, falar com pessoas...”, “não sei falar com o público”. Aos 23 anos começa a trabalhar como consultor numa empresa onde permaneceu durante 8 meses.

Questionado sobre o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco ou estupefacientes. Refere que bebia socialmente “1 ou 2 cervejas...”, mas era mais no tempo da universidade”, nega hábitos tabágicos e diz que durante o período da universidade experimentou fumar cânabis, tendo sido ato isolado.

Na entrevista familiar com a mãe, esta refere que o sr. M apresenta desde os 17/18 alguns “comportamentos mais estranhos”, que tendia mais para o isolamento social e sempre foi bastante reservado.

#### **4.2.4. Variável espiritual**

Refere ser católico, não praticante “eu não tenho muita paciência para essas coisas da igreja, não ligo”.

#### 4.2.5. Fatores de stress – stressores

<b>Variáveis</b> <b>Stressores</b>	<b>Fisiológicas</b>	<b>Psicológicas</b>	<b>Socioculturais</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Espiritual</b>
<b>Intrapessoais</b>		Psicose de etiologia a esclarecer. Crítica diminuída	Isolamento social	Ansioso Tendência para o isolamento	
<b>Interpessoais</b>		Ansiedade social Sentimento de ser julgado		Divórcio dos pais	
<b>Extrapessoais</b>			Receio de não conseguir arranjar trabalho na sua área	Bullying durante o ensino básico e secundário	

#### 4.2.6. Fatores de Reconstituição

Dentro dos fatores que estão presentes para a reconstituição, foram identificados:

- Aceitar o regime farmacológico e não farmacológico recomendado
- Boa rede de apoio familiar, pessoa significativa (mãe) apoiante
- Apesar de não apresentar crítica para o motivo de internamento ou insight sobre a doença, consegue reconhecer que o isolamento social prévio não era benéfico e entende a necessidade de continuar o tratamento.

### 4.3. Tratamento

#### 4.3.1. Tratamento farmacológico

- Aripiprazol (antipsicótico) 15mg, Administração oral, 1 vez dia às 9h.
- Risperidona (antipsicótico) 3mg, Administração oral, 1 vez dia às 20h.

#### 4.3.2. Tratamento não farmacológico

O sr. M participou nas várias atividades que decorrem no hospital de dia, sendo estas: Reuniões psicoterapêuticas (segundas e quintas), Atividades ludoterapêuticas (segundas, quintas e sextas), Atividades socioterapêuticas (terças e sextas), treino de competências sociais (terça), sessões de educação para a saúde (quartas).

## V. Diagnósticos de Enfermagem identificados

Após as entrevistas e interações com o sr. M.G foram identificados alguns diagnósticos de enfermagem (taxonomia NANDA):

- **Ansiedade** relacionado com condição de saúde atual manifestado por relato do próprio e sintomas somáticos.
- **Insônia inicial** relacionado com ansiedade manifestado por dificuldade em iniciar o sono.
- **Isolamento social** relacionado com alteração do estado mental manifestado por retraimento, insegurança em público e desejo de estar sozinho.
- **Interação social prejudicada** relacionado com processos de pensamento perturbados manifestado por diminuição da interação social, isolamento.
- **Negação ineficaz** relacionado com estratégias ineficazes de enfrentamento manifestado por minimização/negação de sintomas e o uso de comentários de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento.

### 5.1. Plano de Cuidados (segundo taxonomia NANDA e NIC)

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliação
Ansiedade r/c condição de saúde atual m/p relato do próprio e sintomas somáticos (anergia, insónias)	Ansiedade diminuída, controlo da sintomatologia física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ouvir atentamente o que o sr. M transmite, utilizando uma abordagem calma e segura, de forma a facilitar a confiança.</li> <li>Demonstrar disponibilidade para compreender a perspetiva do sr. M em relação à sua situação clínica.</li> <li>Estimular a verbalização de sentimentos, perceções e medos.</li> <li>Identificar momentos onde há evidência de maior ansiedade (comportamento verbal e não verbal)</li> <li>Fornecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.</li> </ul>	<p><b>17/10</b> – Sr. M foi incentivado a verbalizar os seus sentimentos e perspetiva em relação à sua patologia. Refere ansiedade em situações sociais, mencionando sintomas como palpitações, sudção e mal-estar geral. Afirma que foi esse mal-estar que o levou a isolar-se progressivamente mais. Foram esclarecidas dúvidas que surgiram e fornecidas sugestões sobre controlo de ansiedade.</p> <p><b>18/10</b> – Sessão de relaxamento – Diz ter conseguido relaxar e sentir-se menos ansioso. Refere que vai tentar começar a utilizar técnicas de meditação para controlar a ansiedade.</p> <p><b>22/10</b> – Sessão escrita criativa – escreve história sobre si e o seu problema com o controlo da ansiedade. Escreve que como não estava a conseguir controlar sozinho procurou ajuda no hospital de dia. Menciona que está a conseguir controlar melhor a ansiedade devido às atividades que ali realiza.</p> <p><b>7/11</b> – Em entrevista refere estar menos ansioso em situações sociais, conseguindo permanecer calmo quando sai de casa, demonstrando vontade de ter mais autonomia. Já consegue participar espontaneamente nos grupos terapêuticos.</p>



Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliação
Insónia inicial r/c ansiedade m/p dificuldade em iniciar o sono.	Melhoria do sono	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a importância do sono adequado</li> <li>• Ensinar técnicas para melhorar a higiene do sono (diminuir luzes, limitar o tempo de exposição a ecrãs perto da hora de dormir, beber uma bebida quente)</li> </ul>	<p><b>17/10</b> – Em entrevista refere que antes do internamento tinha insónias, ficando a jogar no computador até muito tarde. Durante o internamento o padrão de sono fica restabelecido, com terapêutica prescrita, mas após a alta retornou a ter insónia inicial. Relaciona insónia com a ansiedade “penso muito e é um bocadinho difícil adormecer” e falta de atividade. Explicado como melhorar higiene do sono e orientado para falar com o psiquiatra de forma a que terapêutica seja ajustada.</p> <p><b>24/10</b> – Já conseguir dormir melhor “saio daqui muito cansado e à noite já não aguento muito tempo sem adormecer... também tenho de acordar muito cedo para vir para aqui”. Sem alteração da terapêutica.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliação
Isolamento social r/c alteração do estado mental m/p retraimento, insegurança em público e desejo de estar sozinho.	Diminuir a insegurança em público e aumento da capacidade para socializar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar a participação em atividades sociais e a partilha de sentimentos</li> <li>• Implementação das sessões psicoterapêuticas planeadas e estimular a participação do sr. M nas mesmas</li> <li>• Solicitar comunicação verbal e dar feedback</li> <li>• Comunicar com o sr. M de forma a permitir partilha de sentimentos</li> </ul>	<p><b>17/10</b> – Em entrevista refere que perto da altura do internamento se isolou em casa, não queria sair, evitava falar com os familiares. Afastamento dos amigos prévio. Refere que, atualmente, a relação com os familiares está restabelecida, mas mantêm-se sem contato com os amigos, apesar de ter vontade de falar com os mesmos.</p> <p><u>Observação junto dos outros utentes:</u> Mantêm-se afastado, sem iniciativa para participar nas sessões terapêuticas. Quando se pede para partilhar o que pensa/sente fica embaraçado, piscar de olhos aumentado e diz “não sei o que dizer...” evitando o contato direto de olhar.</p> <p><b>29/10</b> – Mais entrosado no grupo, durante os momentos de pausa consegue interagir com o restante grupo. Refere ainda não ter contato os amigos, apesar de ter vontade. Quando lhe é sugerido que mande uma mensagem para tentar marcar um encontro responde “é uma boa ideia..., mas eles estão ocupados... todos trabalham e já não vivemos assim muito perto uns dos outros”</p> <p><b>7/11</b> – Refere sair mais de casa, interação é com familiares, mas de forma mais regular. Diz que tem amigos com quem fala online. Mais espontâneo com o grupo, intervindo mais.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliação
Negação ineficaz r/c estratégias ineficazes de enfrentamento m/p minimização/negação de sintomas e o uso de comentários de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento.	Aumento de insight e crítica para a situação de doença. Promover a expressão de sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação terapêutica promotora de confiança, demonstrando atitude de aceitação</li> <li>• Avaliar a compreensão que o sr. M tem do processo de doença</li> <li>• Encorajar o sr. M a avaliar o seu próprio comportamento</li> <li>• Estimular a verbalização de sentimentos, percepções e medos.</li> <li>• Encorajar a expressão de sentimentos e estimular a reflexão.</li> <li>• Auxiliar o sr. M a identificar o impacto da doença sobre o autoconceito</li> </ul>	<p><b>17/10</b> – Em entrevista, quando questionado acerca da situação de doença, minimiza a sintomatologia, refuta alguns factos e apresenta incongruência no discurso. Incentivado a exprimir sentimentos acerca da situação atual, apresenta dificuldade para refletir sobre os mesmos.</p> <p><b>28/10</b> – Em reunião psicoterapêutica partilha que sofreu bullying na escola. Pedido que reflita e partilhe as emoções associadas a isso, minimiza o que aconteceu, apresentando alguma dificuldade em continuar a falar sobre o assunto dizendo “isso já passou”, tenta desviar o assunto para outro tópico.</p> <p><b>31/10</b> – Consegue exprimir de forma mais espontânea os seus pensamentos, mas fala dos sentimentos de uma forma superficial, não conseguindo refletir mais profundamente sobre os mesmos.</p> <p><b>7/11</b> – Sessão ludicoterapêutica – construção de figuras geométricas, assume-se como uma pessoa com bastante facilidade para efetuar este tipo de atividades, mas diz estar receoso porque sente que “a minha cabeça parece que ainda está um bocadinho lenticinha... tenho de treinar mais... desde que fui internado que estou assim”. Questiono sobre como isso o afeta, refere que isso só acontece porque esteve parado, mas depressa volta ao normal.</p> <p><b>15/11</b> – Visionamento de filme sobre as emoções – demonstra-se algo perplexo por podermos ser tão afetados pelas emoções, por termos memórias base que nos moldam e questiona se é mesmo verídico que as nossas vivências de criança nos possam moldar no futuro. Reflexão com o sr. M sobre estas questões. Afirma que pensava que só começávamos a ter emoções importantes a partir da adolescência.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado Esperado	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Avaliação
Interação social prejudicada r/c processos de pensamento perturbados m/p diminuição da interação social, isolamento.	Melhoria da capacidade de interação social. Evitar isolamento social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar a participação em atividades sociais e a partilha de sentimentos</li> <li>• Implementação das sessões psicoterapêuticas planeadas e estimular a participação do sr. M nas mesmas</li> <li>• Solicitar comunicação verbal e dar feedback</li> <li>• Encorajar o sr. M a participar em atividades novas.</li> </ul>	<b>17/10 a 15/11</b> – Ao longo das entrevistas, sessões psicoterapêuticas implementadas e observação direta do utente foi observada evolução positiva em termos de socialização. O sr. M foi ficando mais entrosado no grupo, comunica de forma mais espontânea e estabelece relações mais próximas com alguns membros do grupo. Refere que tenta passar menos tempo isolado no quarto e comunicar mais com a família.

## **VI. Conclusão**

O estudo de caso assume-se como uma ferramenta importante para a avaliação em maior profundidade de um indivíduo, família e/ou comunidade. Através desta podemos perceber a complexidade do caso em estudo, requerendo que sejam utilizadas diversas metodologias para colheita de informações.

A relação terapêutica, estabelecida com a pessoa, assume-se como um ponto fulcral pois é através dela que se consegue atingir um nível de conhecimento mais aprofundado, bem como, se consegue construir um plano de cuidados personalizado e mais dirigido às necessidades da pessoa. Através da demonstração de disponibilidade, escuta ativa, reformulação, garantia de sigilo e promoção de um ambiente seguro e confortável para efetuar as entrevistas, penso ter sido possível desenvolver a relação terapêutica que permitiu que o sr. M.G me visse como um elemento da equipa de saúde a quem poderia recorrer e em quem poderia confiar.

Através deste estudo de caso foi possível desenvolver as competências de entrevista, crucial para se efetuar a avaliação diagnóstica e consolidar a relação terapêutica, e da avaliação do estado mental, importante para a compreensão em maior profundidade dos problemas da pessoa.

Este trabalho permitiu, ainda, desenvolver duas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sendo elas: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, conseguindo isso através das entrevistas de colheita de dados, que permitiram um maior conhecimento e compreensão de forma mais abrangente da pessoa; Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto através da identificação das necessidades da pessoa e ao elaborar um plano de cuidados dirigido às mesmas. Esse plano de cuidados passou pelo estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, seguido do planeamento e implementação de intervenções de enfermagem, que foram ao encontro dos objetivos de saúde da pessoa. A avaliação das intervenções planeadas foi efetuada, tendo sido importante para entender a evolução da pessoa e a pertinência das intervenções de enfermagem traçadas e efetuadas.

Durante o tempo de estágio pode verificar-se melhoria a nível da sintomatologia ansiosa, padrão de sono regularizado e socialização melhorada, sendo que o sr. M.G relatava sentir-se menos ansioso, conseguindo nomear estratégias para controlo da

ansiedade, relatou melhoria do padrão de sono, participava de forma mais espontânea nas atividades de grupo, bem como, entrosou-se mais com os restantes utentes nos tempos de pausa. Relativamente ao insight e crítica para a doença, não foi constatada uma evolução muito positiva, apresentando o sr. M.G alguma relutância em falar sobre a sintomatologia ou minimizando-a.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5 (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. (2011). Intervenção precoce na psicose: Primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta médica portuguesa*, 24, 117-126.
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243.
- George, J. (2000). Teorias de enfermagem - Dos fundamentos à prática profissional (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Herdman, T; Kamitsuru, S (coord). (2014). NANDA International nursing diagnoses: Definitions & Classification, 2018-2020. Oxford: Wiley Blackwell.
- Levy, P., & Coentre, R. (2014). Primeiro episódio psicótico. Em Figueira, Sampaio, Afonso (Coord), Manual de psiquiatria clínica (pp. 149-160). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- McCloskey, J. Bulechek, G. (Coord). (2004). Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (3ª ed.). Porto Alegre: Artemed Editora.
- Neuman, B., & Fawcett, L. (2010). The Neuman system model (5ª ed.). United States of America: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de agosto de 2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª série - nº151: 21427-21430.

## **APÊNDICE 6 – JORNAL DE APRENDIZAGEM**



## ÍNDICE

I.	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	6
II.	SENTIMENTOS E PENSAMENTOS	7
III.	AVALIAÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO	8
IV.	CONCLUSÃO COM PREVISÃO DECORRENTE DE NOVAS SITUAÇÕES	12
V.	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS	15

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório do 10º curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem em saúde mental e psiquiatria foram planeadas algumas atividades com o objetivo de se desenvolver competências específicas, dentro das quais o presente jornal de aprendizagem.

O jornal de aprendizagem assume-se como uma ferramenta que permite a reflexão sobre situações práticas, tão importante para que se possa olhar de uma forma diferente para os acontecimentos, ações e reações, contribuindo isso para a melhoria dos cuidados de enfermagem junto dos utentes. Para a consecução deste jornal de aprendizagem recorreu-se à metodologia do Ciclo Reflexivo de Gibbs por permitir estruturar melhor a reflexão.

A reflexão apresentada neste jornal incide sobre a interação com uma utente internada no serviço de psiquiatria, no departamento do comportamento alimentar, decorrente do confronto com a mesma sobre a sua incapacidade para cumprir períodos de repouso. A sra. I (é utilizada a inicial para proteção de identidade), é uma jovem de 18 anos, que sofre de anorexia nervosa, diagnosticada há 9 anos, com um primeiro internamento nesse serviço de psiquiatria. De acordo com os critérios do DSM-5, a sra. I. sofre de anorexia nervosa do tipo restritivo, uma vez que atinge a perda de peso através de dieta e exercício físico em excesso, não recorrendo ao vômito, uso de diuréticos, enemas ou laxantes. O título escolhido para este trabalho advém da conversa com a sra. I, que questionou porque estavam sempre a adverti-la de coisas que não deveria fazer quando ela sentia que estava a fazer tudo bem.

Traço como objetivos deste jornal de aprendizagem o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão crítica e aumento do meu autoconhecimento.

Este trabalho encontra-se dividido em 6 capítulos, iniciando-se com a presente introdução. Segue-se a descrição da situação onde, de uma forma sucinta, é explanada a interação com a utente. Após isso, no capítulo sobre os sentimentos e pensamentos, é efetuada uma reflexão sobre os sentimentos que a interação despoletou. Em seguida, é efetuada uma avaliação e análise da situação recorrendo à bibliografia para sustentar o pensamento e analisar criticamente a interação. No capítulo conclusão com previsão decorrente de novas situações é efetuada uma apreciação geral da minha atuação perante a situação, tendo em conta os meus sentimentos e os conhecimentos fornecidos pela bibliografia consultada. O trabalho termina com uma breve conclusão.

## **I.DESCRICÃO DA SITUAÇÃO**

A seguinte situação ocorreu no dia 5 de dezembro de 2019, durante o turno da manhã. A utente, que deu entrada no serviço de internamento no dia anterior, pesa 27kg e tem 18 anos, apesar do seu aspeto físico corresponder a uma idade mais jovem. Diagnosticada com anorexia nervosa há 9 anos, foi internada há 3 semanas numa clínica, para aguardar vaga no internamento, que surgiu agora.

Ao longo do turno estive com esta utente e as restantes na unidade, e não pude deixar de notar que a I. não conseguia cessar atividade, dizendo que precisa de lavar os dentes, de ir buscar um papel para limpar algo que deixou cair ou arrumar os seus pertences. Na minha primeira abordagem com ela, pedi-lhe que pensasse no que queria realmente fazer para que não tivesse de andar diversas vezes para ir buscar as coisas (por exemplo: uma vez que queria ir lavar os dentes e buscar papel da casa de banho, poderia levar a escova de dentes consigo, lavar os dentes e no regresso voltar com papel para poder limpar o que deixou cair). A I. aceitou a minha sugestão e foi à casa de banho. Quando regressou mostrou-me o líquido que tinha deixado cair na mesa de cabeceira, limpou e quis ir deitar o papel no caixote, o que impedi e fui eu deitar, ao mesmo tempo que lhe pedi que se sentasse ou deitasse para descansar. Quando regresssei para junto da utente, esta estava a tirar um caderno de pinturas da mochila, para ter alguma atividade para efetuar. Nesse momento chegou uma enfermeira da unidade que lhe disse que tinha de se sentar imediatamente, que não estava a colaborar com o plano de cuidados e se continuasse assim, teriam de rever o que lhe era permitido fazer (e.g. saídas à rua), saindo da sala após este discurso.

A I. começou a chorar, a dizer que a enfermeira estava a ser injusta com ela, que ela estava a comer o que tinha sido acordado, que tinha feito o repouso após o pequeno almoço, que estava a colaborar com tudo o que pediam. Disse-lhe que conseguia entender que estava frustrada, que imaginava que para ela a atividade que estava a fazer no internamento não era nenhuma, mas que na realidade ela pouco parava e que, para uma pessoa com o seu peso, isso constituía exercício físico, o que iria condicionar a sua melhoria. Disse-lhe ainda que todos os profissionais estavam ali para a ajudar, não para julgar ou dificultar a sua vida, mas que por vezes seriam exigidas algumas coisas que ela poderia não querer fazer, como comer tudo o que está no prato ou permanecer mais tempo sentada/ deitada. Achei importante reforçar que tinha visto que efetivamente ela tinha comido todas as refeições que lhe tinham sido dadas e tinha cumprido o repouso exigido, ressalvando que para além dessas

horas estipuladas para o descanso também não era adequado que fizesse grandes caminhadas ou exercício físico. A I. continuou a chorar e a dizer que se sentia demasiado sonolenta, que não percebia porque tinha de tomar aquela medicação se era para ficar assim. Expliquei que a medicação é prescrita tendo em conta as necessidades da cada utente, que ela está a fazer medicação para reposição de vitaminas que tem em falta e que é normal sentir-se mais sonolenta porque alguma da medicação serve para que consiga parar e não ficar tão ansiosa. A I. revela que tem medo que os profissionais de saúde não acreditem que ela se está a esforçar e pede-me que fale com a enfermeira para lhe dizer que ela está a fazer tudo bem. Respondi que os profissionais de saúde estão lá todos os dias e que vão passando informação entre si, que estão atentos ao que vai acontecendo, reforçando novamente que estão lá para ajudar e, portanto, todos acreditam e ficam contentes com o seu esforço. A I. acalmou e ficou a pintar. Mais tarde, perto da hora do almoço, reparo que I. está inquieta e a tentar arranjar motivos para se movimentar de um lado para o outro, não reconhecendo <sup>que</sup> não está a conseguir estar quieta e diz: *“mas eu nem me posso levantar? Como é que estar em pé pode fazer perder peso?”* (SIC).

## **II.SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Experienciei diversos sentimentos durante esta interação. Por um lado, o sentimento de impotência perante a minha incapacidade para fazer com que a I. conseguisse efetivamente compreender as suas ações, como o perpetuar de comportamentos que já tinha (não conseguir parar, exercício em excesso) não a vão ajudar a melhorar. Por outro lado, compreendo que a doença condicione este tipo de comportamentos, a necessidade de estar em constante movimento acaba por ser automática e o facto de ser contrariada acaba por gerar bastante frustração.

Identifiquei sentimentos de angústia em mim quando me apercebi que a I. não conseguia entender o que eu estava a querer transmitir, e também entendi que esta tem incorporado em si um padrão de pensamento autodestrutivo, que apenas ela poderá mudar. Ao olhar para a sua estrutura frágil tenho alguma dificuldade em aceitar que esta queira continuar numa espiral de autodestruição através da subnutrição e exercício em excesso. Reconheço que gostaria de alguma forma conseguir que a I. entendesse o mal que está a fazer a si própria e o quão distorcida é a imagem que tem do seu próprio corpo. Tentei estabelecer uma relação empática com a utente, de forma a que esta entendesse que os profissionais de saúde a querem ajudar, mas, ao

mesmo tempo, pensei ser importante passar a mensagem de que teria de estar mais consciente do exercício que faz e que teria de aprender a estar mais tempo parada. Admito que tive algum receio de poder dizer alguma coisa errada, de dizer ou fazer algo que fosse mal interpretado, mas penso que ao manter-me autêntica, ao evidenciar estar disponível e ao praticar a escuta ativa consegui demonstrar à utente I. que era uma profissional em quem poderia confiar.

Senti empatia por esta utente, por sentir o seu sofrimento, os seus medos e angústia, por a ver tão fragilizada e emotiva. Ao falar com a enfermeira orientadora consigo recordar que utilizei expressões como “oh coitadinha” “oh... também está cá há tão pouco tempo...” e sei que tenho de monitorizar estes meus sentimentos de forma a não paternalizar os utentes e acabar por comprometer o meu papel enquanto profissional de saúde. Honestamente, quando a vi a chorar enquanto falava foi-me difícil continuar a contrariar o que a I. estava a dizer, mas sei que no contato com estas utentes irei lidar diversas vezes com o choro decorrente de confrontos e de as colocar em situações pouco confortáveis (serem obrigadas a comer, estar paradas, não fazer exercício).

### **III.AVALIAÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO**

A reação da I. foi compreendida por todos os profissionais uma vez que é comum que os utentes, quando são internados, tenham este tipo de reação. É usual que não consigam, ou não queiram, reconhecer os padrões de exercício excessivo que adotam, que arranjem formas para conseguir manter-se em movimento, mesmo quando deveriam estar em repouso. À medida que os utentes vão ficando mais nutridos vão conseguindo assimilar mais o que lhes é dito, acabando por ser a altura mais indicada para se proceder a ensinamentos.

Penso ser importante uma pequena contextualização da doença para conseguir analisar melhor a situação. As doenças do comportamento alimentar (DCA) estão associadas a distúrbios emocionais, psicológicos, físicos e espirituais graves, tendo impacto na pessoa, família e comunidade (Preyde *et al*, 2016; Carvalho *et al*, 2016; Culbert, Racine & Klump, 2015; Bouça, 2014). Estas são caracterizadas pela preocupação excessiva com o peso e imagem corporal, havendo desequilíbrios alimentares e resistência ao tratamento, podendo ser acompanhadas por comportamentos purgativos ou não (Silva, 2018; APA, 2014; Bouça, 2014). Esta preocupação excessiva com o peso e ingestão alimentar tem como objetivo primordial

a obtenção de controlo sobre a imagem corporal, sendo assim que a pessoa avalia a sua competência pessoal e regula a autoestima (Bouça, 2014). Dentro deste grupo de doenças, do comportamento alimentar, irei incidir sobre a anorexia nervosa por ser a doença diagnosticada na sra. I.

A anorexia nervosa pode ser caracterizada pela preocupação excessiva com a alimentação, havendo uma restrição continua da ingestão alimentar pelo medo exagerado de aumentar o peso, mantendo o peso sempre em valores abaixo do minimamente normal para a idade e altura, e alterações comportamentais em relação ao corpo, apresentando estes utentes uma distorção da perceção corporal e uma persistente incapacidade para reconhecer o baixo peso (Dias, 2017; Gailledrat *et al*, 2016; Preyde *et al*, 2016; Uzunian *et al*, 2015; APA, 2014).

A sra. I. tem uma história de anorexia com uma evolução de 9 anos, o que indica que os seus padrões de pensamento já estão bastante condicionados pela doença, onde a restrição leva à distorção da realidade e o sucesso na manutenção dos comportamentos típicos da anorexia levam a um aumento dessa restrição (Bouça, 2014).

Relativamente aos comportamentos purgativos, pelo que pude apurar, a sra. I. fazia exercício de forma excessiva, relatando que frequentava o ginásio todos os dias, fazendo treinos bi-diários de 2 horas. Yager e Powers (2007), referem que o exercício físico vai progredindo ao longo do tempo para padrões cada vez mais insalutares, havendo relatos de exercício físico compulsivo. Os autores mencionam que o exercício pode ser um dos últimos sintomas a remeter durante o processo de recuperação da pessoa. Sabendo isso, o profissional de saúde que lida com uma pessoa com doença de comportamento alimentar, deverá estar preparado para a vigilância apertada dos períodos de repouso tal como deverá ser capaz de lidar com a frustração de não conseguir cessar estes comportamentos. Silva (2018) refere que as pessoas com anorexia nervosa apresentam bastante resistência à mudança, reportando sentimentos de ambivalência em relação à cura por estarem muito ligadas à sua doença. Estas podem ainda apresentar resistência ao tratamento devido à negação da doença, ou porque o distúrbio foi a forma que encontraram para lidar com emoções e experiências difíceis, podendo os benefícios de o manter compensarem os custos (Foye, Hazlett & Irving, 2019; Fitzpatrick *et al*, 2019; Preyde *et al*, 2016; APA, 2014).

O tratamento da pessoa que sofre com anorexia nervosa é preferencialmente efetuado em ambulatório, com seguimento psiquiátrico, psicológico e nutricional,

optando-se pelo internamento apenas em casos limite, de preferência de curta duração (Silva, 2018; Bouça. 2014). Neste caso em concreto, o internamento foi considerado vital tendo em conta que o acompanhamento em ambulatório já não conseguia trazer benefícios para a utente, a perda de peso continuava a registar-se e os familiares referiam não conseguir encontrar mais alternativas para controlar os padrões de exercício físico e de restrição alimentar. De salientar que a sra. I. esteve internada numa clínica psiquiátrica a aguardar pela vaga no internamento e que manteve os padrões de exercício físico.

Após esta interação com a utente pude observar, em diversas ocasiões, o seu comportamento e efetuar entrevistas de ajuda com a mesma. Em relação ao seu comportamento consegui observar que, apesar de se alimentar sempre em todas as refeições, conforme o plano traçado pela nutricionista, não conseguia efetuar períodos de repouso, fazendo inclusivamente exercício físico na casa de banho, o que gerou uma vigilância mais apertada. Quando confrontada com estes comportamentos a sra. I tentava refutá-los, mostrando-se angustiada, irritada, chorosa e dizendo que ninguém a compreendia. Estes períodos eram ultrapassados através da comunicação, manutenção de uma atitude empática e ao demonstrar disponibilidade para a ajudar a ultrapassar os momentos de maior stress. De acordo com Bouça (2014) e Yager e Powers (2007), os utentes com anorexia nervosa apresentam muitas vezes sentimentos de culpa, irritabilidade, desespero, ideação suicida e alterações no padrão de sono/concentração.

O enfermeiro desempenha um papel crucial na intervenção, por ser o profissional que está mais tempo em contato com o utente, e por estar presente no horário das refeições, situação geradora de grande ansiedade. Ao estar junto do utente durante situações difíceis, o enfermeiro consegue desenvolver uma relação de confiança e empatia com o mesmo, sendo isto essencial para que este consiga enfrentar situações desconfortáveis e, assim, recuperar (Silva, 2018).

Nas interações com a utente, procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica que permitisse que a mesma confiasse em mim, como profissional de saúde, capaz de a ajudar na sua recuperação. Para isso, e seguindo os princípios de Phaneuf (2005), demonstrei uma atitude empática e de aceitação sem juízos de valor, demonstrei disponibilidade para a ouvir, através da minha comunicação verbal e não-verbal, e valorizei a sua capacidade de autodeterminação, dando-lhe espaço para decidir o que queria fazer. Penso ter conseguido estabelecer um clima de confiança com a utente que permitiu a continuidade das interações. Nas entrevistas que efetuei

com a sra. I. assegurei a confidencialidade do que era partilhado, procurei um local calmo e confortável, tentei ser assertiva e fui autêntica e empática.

Ao refletir sobre as interações que fui tendo com a utente consigo perceber a importância do desenvolvimento do meu autoconhecimento e de como isso pode afetar as relações terapêuticas que estabeleço. Chalifour (2009) e Roger (1985) referem que é essencial que o terapeuta consiga ter um conhecimento profundo sobre si mesmo, de forma a estar mais consciente dos seus sentimentos e, assim, conseguir aceitá-los, contribuindo isso para o desenvolvimento da relação terapêutica. No artigo 4º, alínea a, do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) podemos ler que este *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* pelo que se torna importante a capacidade para refletir sobre as situações, de forma a conseguir melhorar continuamente o seu exercício profissional junto dos utentes.

Esta é a primeira vez que lido diretamente com utentes com doença do comportamento alimentar. Procurei informar-me sobre estas doenças, a forma como afeta as pessoas e tratamentos recomendados. Penso que isso ajudou bastante, o aporte teórico prévio fornece um ponto de partida para que possamos começar a desenvolver o nosso trabalho, mas quando sou confrontada com as situações surgem diversos sentimentos que penso ser importante identificar para que consiga trabalhá-los em mim e não surgirem processos de transferência. Os sentimentos que mais identifico estão relacionados com a angústia que sinto por não conseguir que as utentes mudem o seu padrão de pensamentos, a incompreensão que sinto quando verbalizam que não querem engordar, a frustração por não cumprirem repousos quando são aconselhadas diversas vezes que o devem fazer. Apesar destes sentimentos consigo compreender que esta é uma doença bastante insidiosa e que acaba por se confundir com a própria personalidade das utentes. Ao refletir sobre a forma como estou perante estas utentes consigo melhorar a minha atuação e estabelecer relações de ajuda mais eficazes.



#### **IV.CONCLUSÃO COM PREVISÃO DECORRENTE DE NOVAS SITUAÇÕES**

Ao utilizar o ciclo reflexivo de Gibbs para orientar esta reflexão devo culminar com uma projeção para o futuro, de forma a conseguir produzir novo conhecimento, desenvolver uma nova capacidade ou apenas tomar consciência do que estou a efetuar com vista a evoluir na minha prestação de cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria presta cuidados em parceria com a pessoa, tendo como objetivos da sua intervenção o desenvolvimento do senso de segurança, capacidade de adaptação, autonomia, autoconsciência, autoestima, mecanismos de Coping e desenvolvimento de competências sociais (Regulamento de competências do EEESMP). O ponto fulcral do cuidado de enfermagem é a pessoa. A relação enfermeiro-pessoa é essencial para a continuidade dos cuidados, sendo através dessa relação que o enfermeiro consegue conhecer verdadeiramente a pessoa e implementar os seus cuidados.

Tendo isso em conta, é essencial que se desenvolva uma relação terapêutica com a pessoa, criando-se uma relação de confiança que permita a partilha de sentimentos e pensamentos. Apenas desta forma é possível conhecer as necessidades reais, os objetivos de saúde e recursos pessoais da pessoa, o que permite traçar um plano de cuidados dirigido e personalizados à mesma. Penso que nas interações com a sra. I. consegui iniciar a relação terapêutica e que esta me via como uma profissional de saúde em quem poderia confiar e a quem poderia recorrer.

No meu exercício como enfermeira, tenho cimentado o meu trabalho no modelo holístico por me permitir conhecer a pessoa como um todo. Este modelo assume-se como uma forma de prestar cuidados integrados e compreensivos, indo além do tratamento dos sintomas físicos e havendo um enfoque na forma como a pessoa percebe e lida com a sua doença. Esta é vista como uma parceira nos cuidados, determinando os objetivos dos cuidados, e o enfermeiro fornece informações atualizadas e baseadas em evidencia científica que permitem que a pessoa efetue escolhas informadas (Mariano, 2007). Neste sentido, quando interajo com as utentes com doença do comportamento alimentar tento fornecer as melhores informações possíveis para que, quando tenham alta do internamento, consigam fazer as escolhas mais acertadas para a sua saúde.

Deparo-me, na minha interação com estas utentes, com as suas contradições, o querer melhorar mas não quererem engordar, o querer ter alta mas ter medo de sair e regressar ao seu quotidiano, a esperança de conseguir manter o que ganharam

durante o internamento mas não saber ao certo se vão conseguir, o chegar ao acordo em aumentar a alimentação mas chorar quando o prato lhes é apresentado e saberem que tem de comer tudo. Por vezes é desafiante lidar com todas as contradições, mas sei que é uma característica da doença e acredito que seja muito mais difícil para as utentes terem de lidar com estes sentimentos.

Tenho o compromisso comigo mesma de continuar a melhorar a minha prática enquanto enfermeira, de desenvolver as competências de especialista e prestar cuidados em concordância com as mesmas, de conseguir estar mais apta para lidar com situações como as que descrevi e com todos os desafios que me são colocados quando interajo com os utentes. A profissão de enfermagem evolui continuamente. Os enfermeiros começam, cada vez mais, a ser vistos como profissionais dotados de uma vasta base de conhecimentos, estando a nossa prática permeada de complexidade e responsabilidade. De acordo com Benner (2001), o conhecimento é desenvolvido aliando a prática a estudos científicos e investigações. Decorrente disso, penso estar a traçar o meu caminho, sendo importante ter momentos de reflexão que me permitam avaliar a minha atuação. É de suma importância conseguir trabalhar o nosso *self*, de forma a conseguir estar de uma forma mais autêntica, empática e congruente com os utentes, promovendo isso uma maior confiança destes em relação a nós.

## V.CONCLUSÃO

A capacidade para refletir assume-se como uma ferramenta importante para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro. Nunes (2013) refere que *“o que verdadeiramente importa é que a reflexão conduza à acção e que esta reconduza à reflexão, como meio e modo de descristalizar as nossas condutas”* (p.4). Podemos inferir que ao refletir sobre a nossa prática, tentando perceber como se poderia ter atuado de melhor forma ou reconhecendo o que se fez bem, conseguiremos desenvolver cada vez mais a autoconsciência (pedra basilar da inteligência emocional) nos cuidados prestados.

O crescimento enquanto profissional de enfermagem passa pela capacidade de conseguir refletir criticamente sobre os cuidados que se prestam, pelo que posso concluir que a consecução destes trabalhos me permite melhorar a minha prática e evoluir, não só como profissional, mas também enquanto pessoa.

É importante que o enfermeiro possua um bom autoconhecimento e autoconsciência emocional, que lhe permita reconhecer os seus próprios sentimentos, aceitá-los e reformular alguns processos de forma a conseguir estabelecer a regulação emocional (processo emocional que resulta do processo intrínseco e extrínseco de cuidados que influencia a observação, a interação, a avaliação e controle das respostas emocionais - suas e dos e dos utentes), permitindo estabelecer relações terapêuticas mais benéficas e reduzindo a probabilidade de ocorrerem processos de transferência ou contratransferência.

Penso ter conseguido atingir os objetivos a que me propus no início do trabalho tendo em conta que consegui refletir criticamente acerca de uma interação que tive com um utente, incidindo sobre os aspetos positivos e negativos da minha atuação. Através disso consegui desenvolver o segundo objetivo, aumentar o meu autoconhecimento e autoconsciência, reconhecendo os meus sentimentos e permitindo a verbalização e uma melhor compreensão dos sentimentos e emoções do outro na interação.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-5 (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001). De iniciada a perita. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bouça, D. (2014). Doenças do comportamento alimentar. Em M. Figueira, D. Sampaio, & P. Afonso, Manual de psiquiatria clínica (pp. 241-259). Lisboa: Lidel, Edições técnicas, Lda.
- Carvalho, et al. (2016). Itinerários terapêuticos de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos. Ciência e saúde coletiva, 21(8), 2463-2473.
- Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção. Loures: Lusodidacta.
- Culbert, K., Racine, S., & Klump, K. (2015). What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological and biological research. Journal of child psychology and psychiatry, 56(11), 1141-1164. doi:10.1111/jcpp.12441
- Fitzpatrick, S., MacDonald, D., McFarlane, T., & Trottier, K. (2019). An experimental comparison of emotion regulation strategies for reducing acute distress in individuals with eating disorders. Canadian journal of behavioural science, 51(2), 90-99.
- Foye, U., Hazlett, D., & Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. Eating and weight disorders - studies on anorexia, bulimia and obesity, 24, 299-306. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>
- Gailldrat, L., Rousselet, M., Venisse, J.-L., Lambert, S., Rocher, B., Remaud, M., . . . Grall-Bronnec, M. (2016). Marked Body Shape Concerns in female patients suffering from eating disorders: relevance of a clinical sub-group. PLoS ONE, 11(10), 1-14.
- Mariano, C. (2007). Holistic nursing: scope and standards of practice (chapter 2). Jones and Bartlett Publishers, 59-84. Obtido de [http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632\\_CH02\\_Pass1.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH02_Pass1.pdf)
- Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem - "cinco estrelas" revisitadas. VIII Encontro de enfermagem do centro hospitalar Leiria-Pombal (pp. 1-14). Leiria: 10 de outubro, 2013.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de agosto de 2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Diário da República, 2ª série - nº151: 21427-21430.

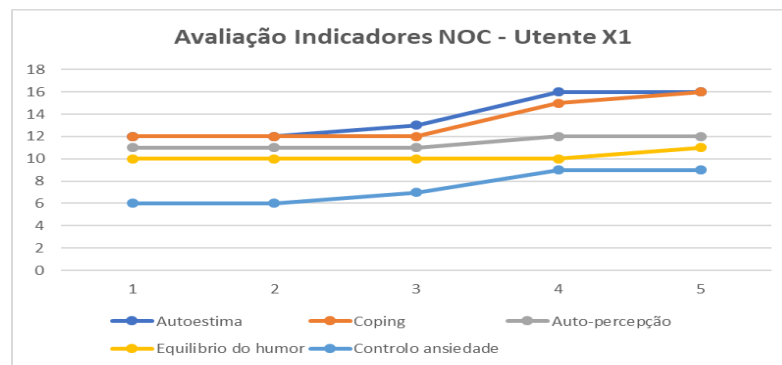
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Preyde, M., Watson, J., Remers, S., & Stuart, R. (2016). Emotional dysregulation, interoceptive deficits and treatment outcome in patients with eating disorders. *Social work in mental health*, 14(3), 227-244. doi:10.1080/15332985.2014.990076
- Rogers, C. (1985). Tornar-se pessoa (7ª ed.). Lisboa: Morais Editora.
- Silva, A. (2018). Anorexia nervosa - Revisão integrativa da literatura. Escola Superior de enfermagem do Porto: Tese para obtenção de grau de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.
- Uzunian, L., & Vitalle, M. (2015). Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents. *Ciência e saúde coletiva*, 20(11), 3495-3508.
- Yager, J., & Powers, P. (2007). Clinical manual of eating disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

## **APÊNDICE 7 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC POR UTENTE – CONTEXTO COMUNITÁRIO**

Indicador NOC	Nº itens	Min-Máx
Auto-estima	5	5 a 25
Coping	5	5 a 25
Auto-percepção	4	4 a 20
Equilíbrio do humor	3	3 a 15
Controlo ansiedade	4	4 a 20

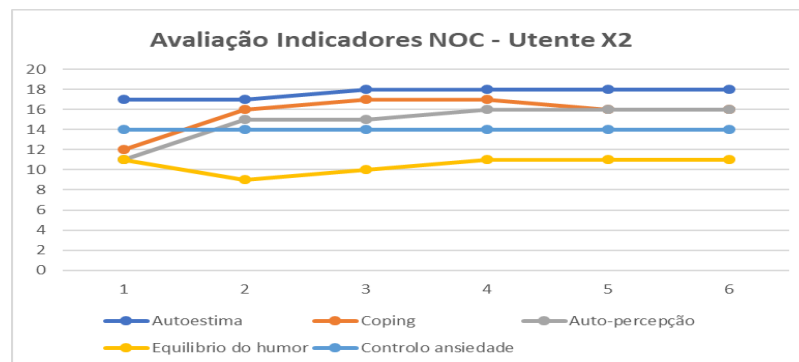
### Avaliação dos indicadores NOC utente X1 (ao longo das sessões):

<u>Utente X1</u>	Sessões	1	2	3	4	5	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	12	12	13	16	16	16	12	13,8	69	2,049390153
	Coping	12	12	12	15	16	16	12	13,4	67	1,949358869
	Auto-percepção	11	11	11	12	12	12	11	11,4	57	0,547722558
	Equilíbrio do humor	10	10	10	10	11	11	10	10,2	51	0,447213595
	Controlo ansiedade	6	6	7	9	9	9	6	7,4	37	1,516575089



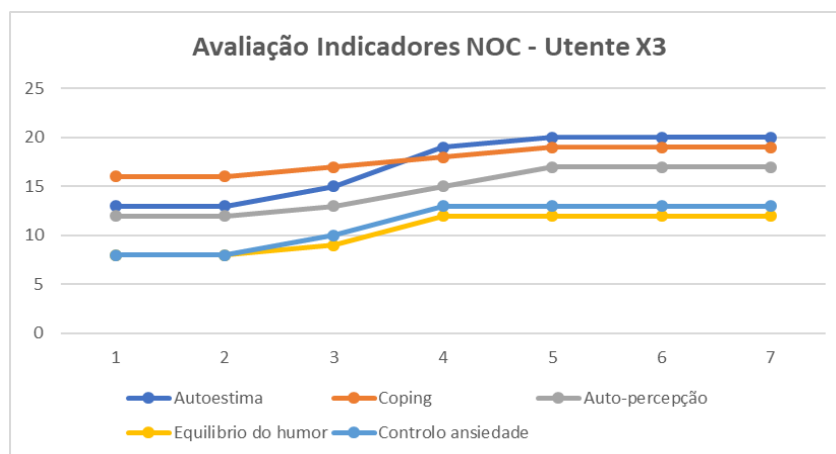
### Avaliação dos indicadores NOC utente X2 (ao longo das sessões):

<u>Utente X2</u>	Sessões	1	2	3	4	6	7	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	17	17	18	18	18	18	18	17	17,66666667	106	0,516397779
	Coping	12	16	17	17	16	16	17	12	15,66666667	94	1,861898673
	Auto-percepção	11	15	15	16	16	16	16	11	14,83333333	89	1,940790217
	Equilíbrio do humor	11	9	10	11	11	11	11	9	10,5	63	0,836660027
	Controlo ansiedade	14	14	14	14	14	14	14	14	14	84	0



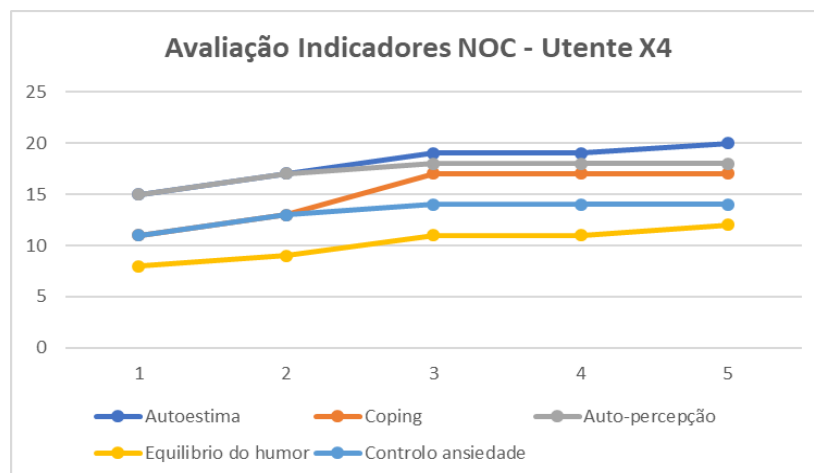
### Avaliação dos indicadores NOC utente X3 (ao longo das sessões):

Utente X3	Sessões	1	2	3	4	5	6	7	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	13	13	15	19	20	20	20	20	13	17,14285714	120	3,338091842
	Coping	16	16	17	18	19	19	19	19	16	17,71428571	124	1,380131119
	Auto-percepção	12	12	13	15	17	17	17	17	12	14,71428571	103	2,360387377
	Equilíbrio do humor	8	8	9	12	12	12	12	12	8	10,42857143	73	1,988059595
	Controlo ansiedade	8	8	10	13	13	13	13	13	8	11,14285714	78	2,410295378



### Avaliação dos indicadores NOC utente X4 (ao longo das sessões):

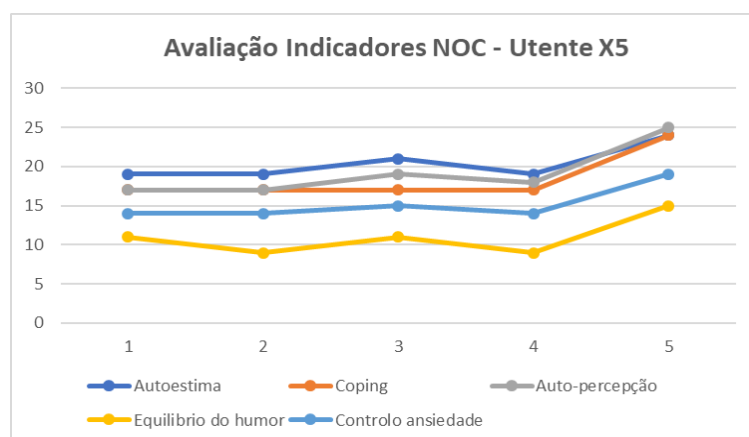
Utente X4	Sessões	1	3	4	5	7	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	15	17	19	19	20	20	15	18	90	2
	Coping	11	13	17	17	17	17	11	15	75	2,828427125
	Auto-percepção	15	17	18	18	18	18	15	17,2	86	1,303840481
	Equilíbrio do humor	8	9	11	11	12	12	8	10,2	51	1,643167673
	Controlo ansiedade	11	13	14	14	14	14	11	13,2	66	1,303840481





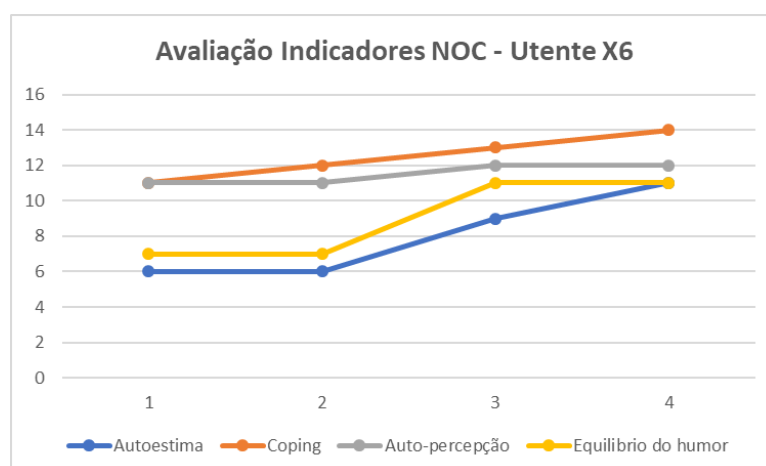
### Avaliação dos indicadores NOC utente X5 (ao longo das sessões):

<u>Utente X5</u>	Sessões	1	2	3	4	6	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	19	19	21	19	24	24	19	20,4	102	2,19089023
	Coping	17	17	17	17	24	24	17	18,4	92	3,130495168
	Auto-percepção	17	17	19	18	25	25	17	19,2	96	3,346640106
	Equilíbrio do humor	11	9	11	9	15	15	9	11	55	2,449489743
	Controlo ansiedade	14	14	15	14	19	19	14	15,2	76	2,167948339



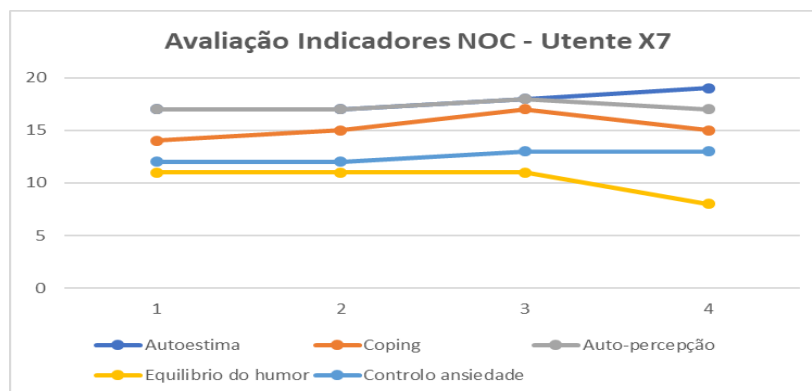
### Avaliação dos indicadores NOC utente X6 (ao longo das sessões):

<u>Utente X6</u>	Sessões	2	3	5	6	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	6	6	9	11	11	6	8	32	2,449489743
	Coping	11	12	13	14	14	11	12,5	50	1,290994449
	Auto-percepção	11	11	12	12	12	11	11,5	46	0,577350269
	Equilíbrio do humor	7	7	11	11	11	7	9	36	2,309401077
	Controlo ansiedade	8	8	11	11	11	8	9,5	38	1,732050808



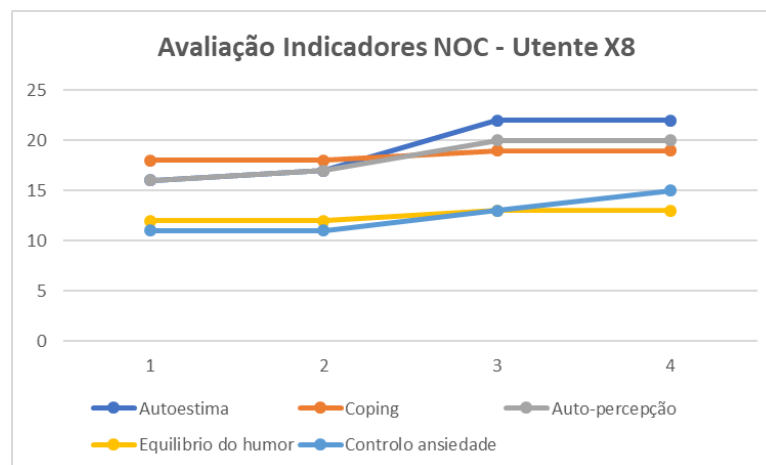
### Avaliação dos indicadores NOC utente X7 (ao longo das sessões):

<u>Utente X7</u>	Sessões	2	3	4	6	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	17	17	18	19	19	17	17,75	71	0,957427108
	Coping	14	15	17	15	17	14	15,25	61	1,258305739
	Auto-percepção	17	17	18	17	18	17	17,25	69	0,5
	Equilíbrio do humor	11	11	11	8	11	8	10,25	41	1,5
	Controlo ansiedade	12	12	13	13	13	12	12,5	50	0,577350269



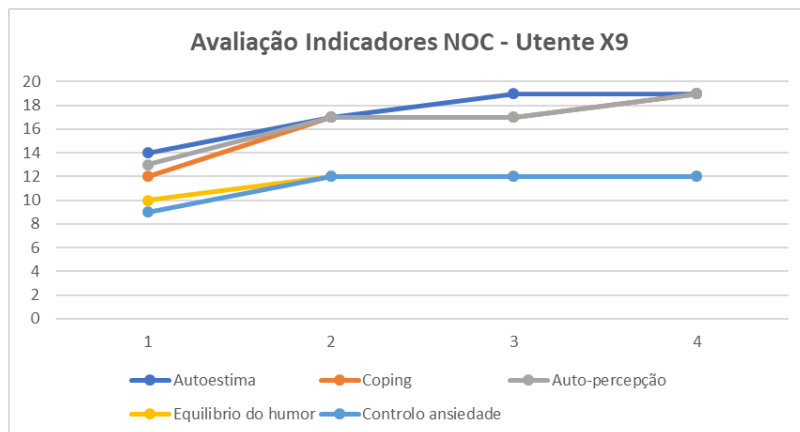
### Avaliação dos indicadores NOC utente X8 (ao longo das sessões):

<u>Utente X8</u>	Sessões	2	3	5	7	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	16	17	22	22	22	16	19,25	77	3,201562119
	Coping	18	18	19	19	19	18	18,5	74	0,577350269
	Auto-percepção	16	17	20	20	20	16	18,25	73	2,061552813
	Equilíbrio do humor	12	12	13	13	13	12	12,5	50	0,577350269
	Controlo ansiedade	11	11	13	15	15	11	12,5	50	1,914854216



### Avaliação dos indicadores NOC utente X9 (ao longo das sessões):

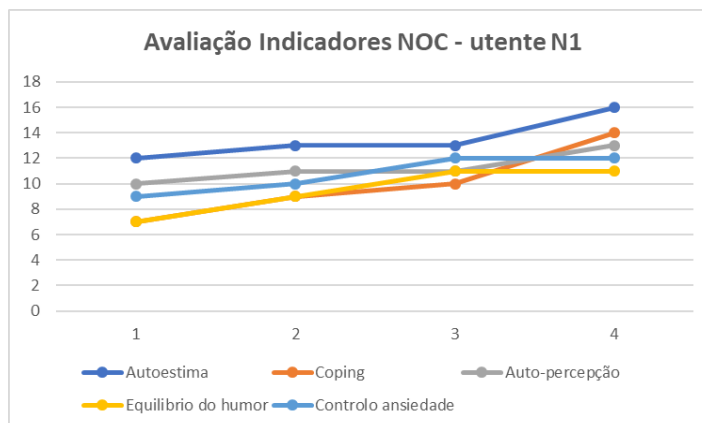
<u>Utente X9</u>	Sessões	4	5	6	7	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	14	17	19	19	19	14	17,25	69	2,362907813
	Coping	12	17	17	19	19	12	16,25	65	2,986078811
	Auto-percepção	13	17	17	19	19	13	16,5	66	2,516611478
	Equilíbrio do humor	10	12	12	12	12	10	11,5	46	1
	Controlo ansiedade	9	12	12	12	12	9	11,25	45	1,5



**APÊNDICE 8 – AVALIAÇÃO DOS INDICADORES NOC POR  
UTENTE – CONTEXTO INTERNAMENTO HOSPITALAR**

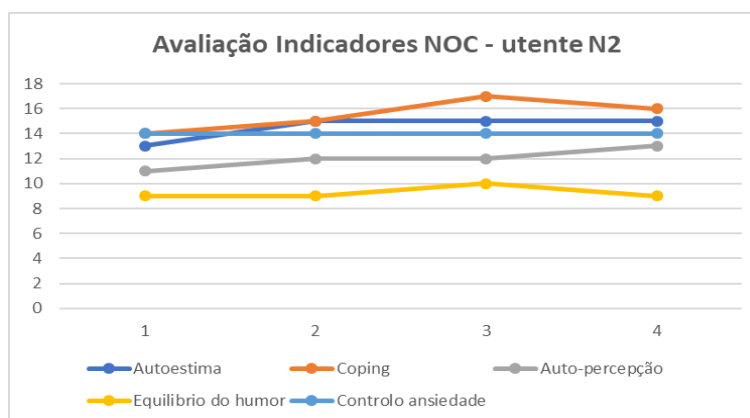
### Avaliação dos indicadores NOC utente N1 (ao longo das sessões)

<u>Utente N1</u>	Sessões	1	2	3	4	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	12	13	13	16	16	12	13,5	54	1,732050808
	Coping	7	9	10	14	14	7	10	40	2,943920289
	Auto-percepção	10	11	11	13	13	10	11,25	45	1,258305739
	Equilíbrio do humor	7	9	11	11	11	7	9,5	38	1,914854216
	Controlo ansiedade	9	10	12	12	12	9	10,75	43	1,5



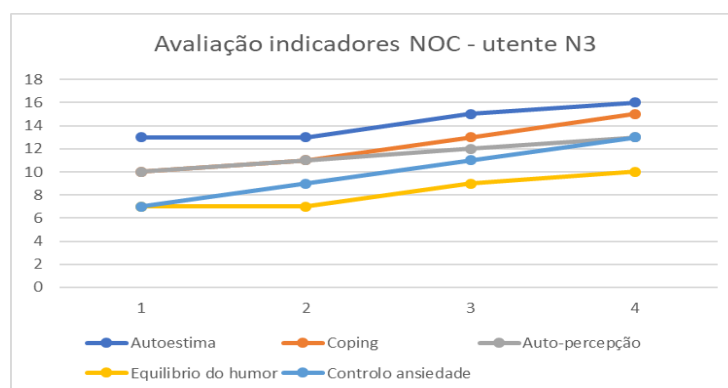
### Avaliação dos indicadores NOC utente N2 (ao longo das sessões)

<u>Utente N2</u>	Sessões	1	2	3	4	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	13	15	15	15	15	13	14,5	58	1
	Coping	14	15	17	16	17	14	15,5	62	1,290994449
	Auto-percepção	11	12	12	13	13	11	12	48	0,816496581
	Equilíbrio do humor	9	9	10	9	10	9	9,25	37	0,5
	Controlo ansiedade	14	14	14	14	14	14	14	56	0



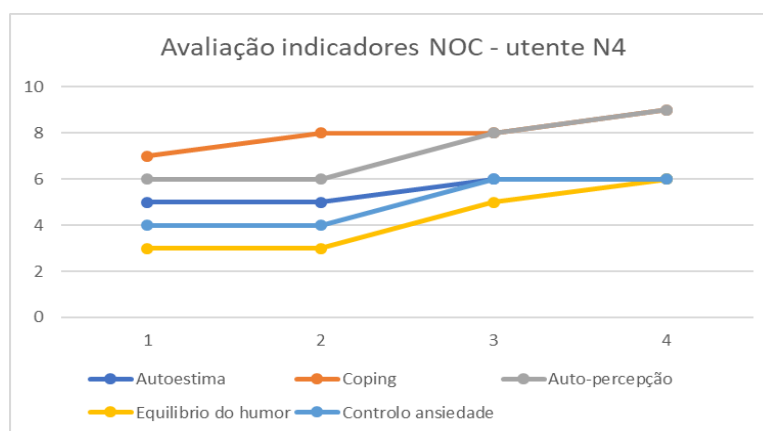
### Avaliação dos indicadores NOC utente N3 (ao longo das sessões)

<u>Utente N3</u>	Sessões	1	2	3	4	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	13	13	15	16	16	13	14,25	57	1,5
	Coping	10	11	13	15	15	10	12,25	49	2,217355783
	Auto-percepção	10	11	12	13	13	10	11,5	46	1,290994449
	Equilíbrio do humor	7	7	9	10	10	7	8,25	33	1,5
	Controlo ansiedade	7	9	11	13	13	7	10	40	2,581988897



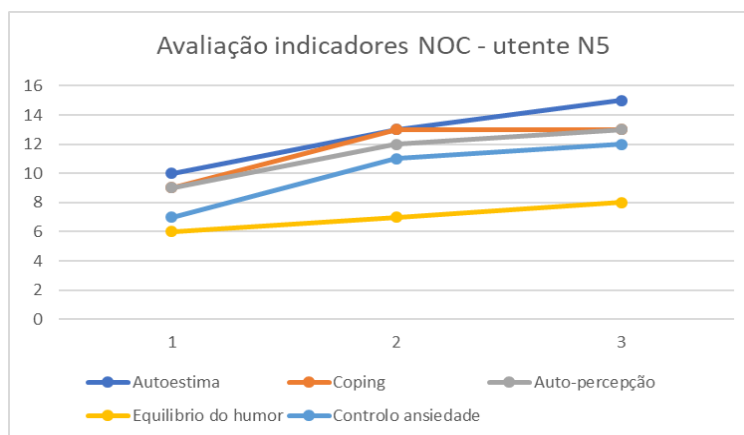
### Avaliação dos indicadores NOC utente N4 (ao longo das sessões)

<u>Utente N4</u>	Sessões	1	2	3	4	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	5	5	6	6	6	5	5,5	22	0,577350269
	Coping	7	8	8	9	9	7	8	32	0,816496581
	Auto-percepção	6	6	8	9	9	6	7,25	29	1,5
	Equilíbrio do humor	3	3	5	6	6	3	4,25	17	1,5
	Controlo ansiedade	4	4	6	6	6	4	5	20	1,154700538



## Avaliação dos indicadores NOC utente N5 (ao longo das sessões)

<u>Utente N5</u>	Sessões	2	3	4	Máx	Min	Média	Somatório	Desvio padrão
	Autoestima	10	13	15	15	10	12,667	38	2,516611478
	Coping	9	13	13	13	9	11,667	35	2,309401077
	Auto-percepção	9	12	13	13	9	11,333	34	2,081665999
	Equilíbrio do humor	6	7	8	8	6	7	21	1
	Controlo ansiedade	7	11	12	12	7	10	30	2,645751311

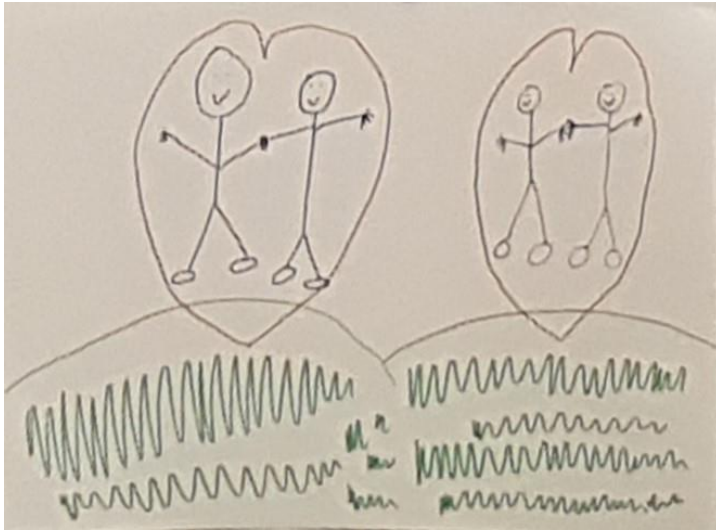


**ANEXOS**

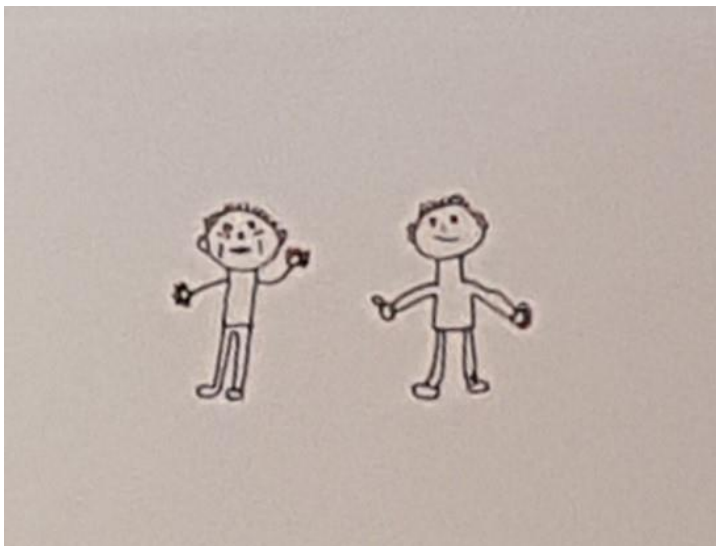


**ANEXO 1 – ILUSTRAÇÕES UTENTES (contexto comunitário  
– Hospital de dia)**

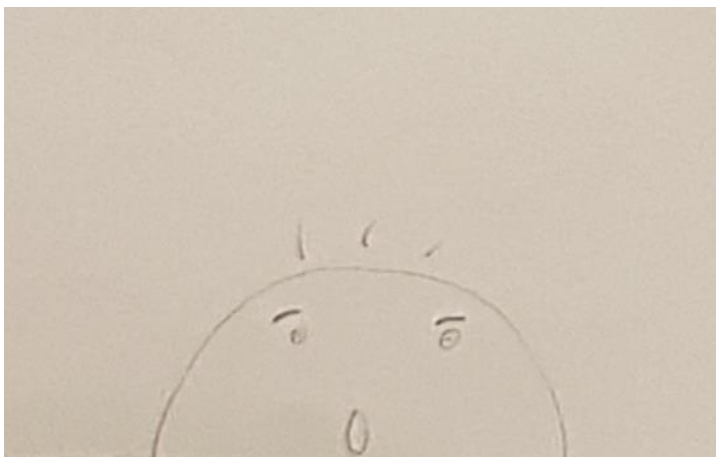
## Sessão 1 – Ilustrações dos utentes sobre diferentes emoções



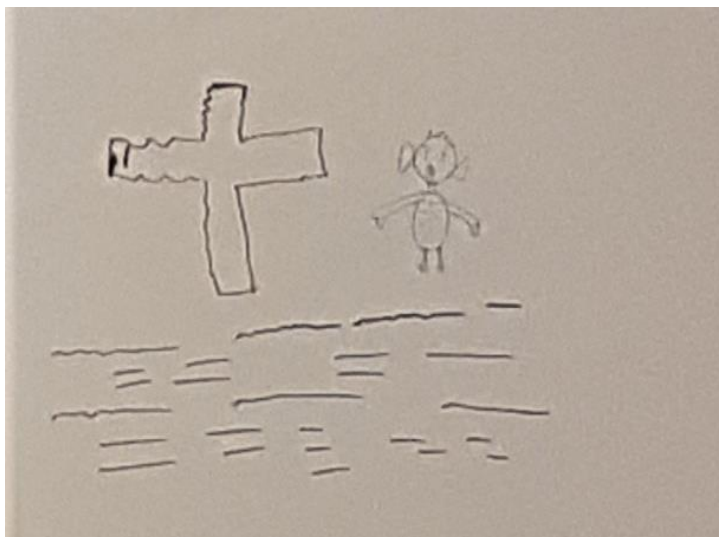
**Amor**



**Culpa**



**Incerteza**



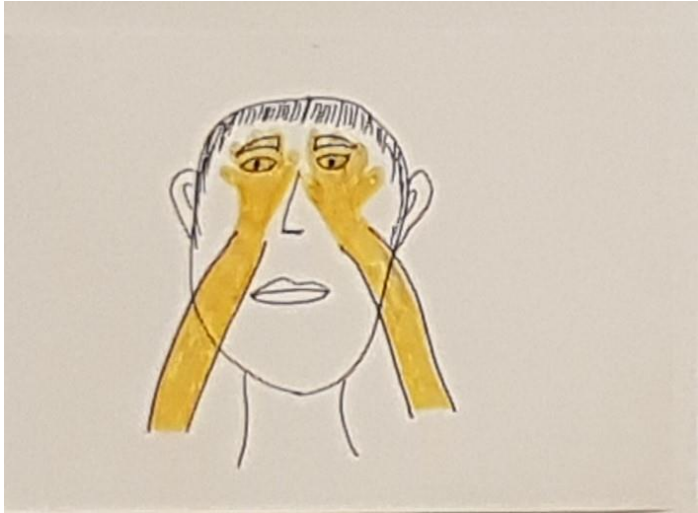
**Medo**



**Nojo**



**Surpresa**



**Vergonha**

**ANEXO 2 – ILUSTRAÇÕES UTENTES (contexto  
internamento hospitalar)**

## Sessão 2 – Ilustração dos utentes sobre emoções



Alegria



Ira



Tristeza



**Vergonha**

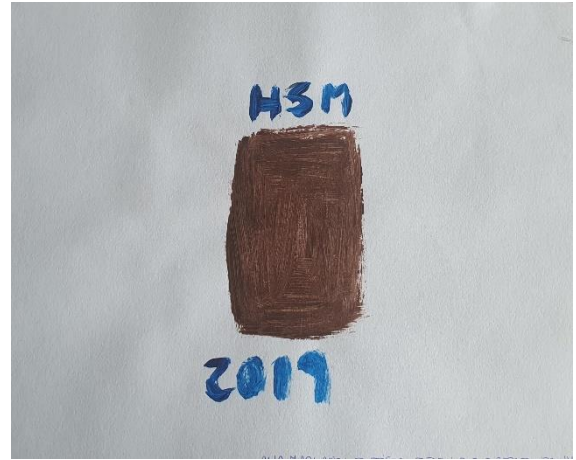


**Zangado**



## Sessão 4 – Ilustrações sobre sentimentos de empoderamento/fragilidade

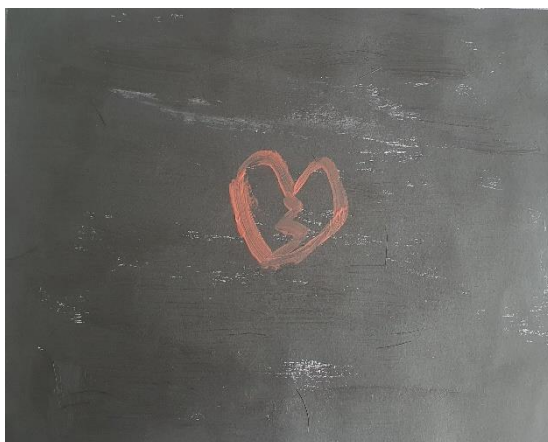
### Frágil vs. Empoderado (1)



### Frágil vs. Empoderado (2)



### Frágil vs. Empoderado (3)

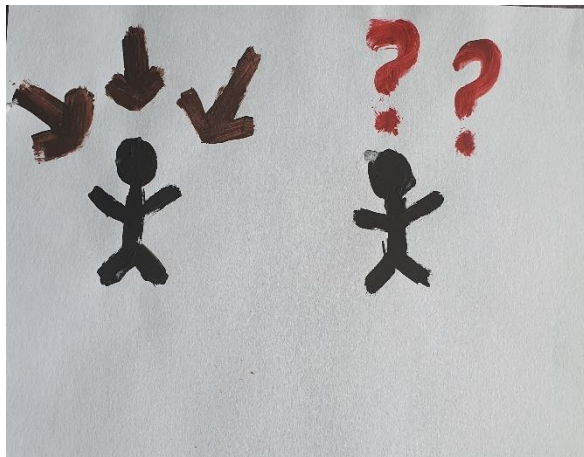




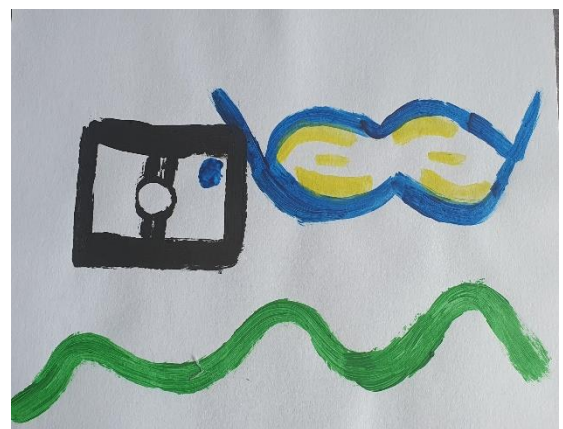
Frágil vs. Empoderado (4)



Frágil vs. Empoderado (5)



Frágil vs. Empoderado (6)



**ANEXO 3 – COMPROVATIVO FORMAÇÃO**  
**II Mostra de Psicoterapias**

# CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que **SANDRA TAVARES FREITAS** participou na **II Mostra de Psicoterapias**, coorganizada pela APIP (Associação Portuguesa de Internos de Psiquiatria) e pela ANIPIA (Associação Nacional de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência), com o Apoio Científico da APPIA (Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência), que decorreu no dia 9 de novembro de 2019, entre as 8:30h e as 18:30h na Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.

Porto, 14 de novembro de 2019

O Presidente da Direção da APIP,

A Presidente da Direção da ANIPIA,



(Dr. Pedro Frias Gonçalves)



(Dr.ª Mafra Sousa)



**II Mostra de  
PSICOTERAPIAS**

9 de novembro de 2019 | Lisboa



ORGANIZAÇÃO:



APOIO CIENTÍFICO:



**ANEXO 4 – COMPROVATIVO FORMAÇÃO**  
**Projeto + Contigo**

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Sandra Freitas** participou no **Curso de Formação** no âmbito do **Projeto + Contigo**, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnC, no dia 18 de dezembro de 2019, das 9h às 17h, em Lisboa.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública



(Dr. João Pedro Pimentel)

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Sandra Freitas** participou no **Curso de Formação** no âmbito do **Projeto + Contigo**, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnC, no dia 19 de dezembro de 2019, das 9h às 17h, em Lisboa.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública



(Dr. João Pedro Pimentel)



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Sandra Freitas** participou no **Curso de Formação** no âmbito do **Projeto + Contigo**, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnfC, no dia 20 de dezembro de 2019, das 9h às 17h, em Lisboa.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública

(Dr. João Pedro Pimentel)